

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Dominik Břeň

**Terapeutický vztah v léčbě adolescentů s psychickými obtížemi v
rámci denního stacionáře**

The therapeutic relationship in treatment of adolescents suffering from mental
health problems within a centre for adolescents

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Hedvika Boukalová, Phd

Poděkování

V první řadě bych rád poděkoval vedoucí mé diplomové práce paní PhDr. Hedvice Boukalové, PhD. za odborné vedení, cenné rady, a hlavně za trpělivost a ochotu, s kterou se do připomínek k práci pustila. Dále paní doc. PhDr. Iloně Gillernové, CSc. za nápady, podporu a doporučení, které vedly ke vzniku této práce a paní PhDr. Ivě Štětovské, PhD. za inspirativní rozpravy nad možnými tématy práce. Velké díky patří celému oddělení, a to jak personálu, tak pacientům Denního Stacionáře pro Adolescenty, jelikož bez jejich ochoty, s kterou mi věnovali svůj čas a umožnili pohled do jejich léčby, by tato práce byla pouhým teoretickým shrnutím již známých skutečností. V neposlední řadě pak děkuji Mgr. Michaele Vaškovické za trpělivost při zkoumání hranic mé frustrační tolerance při sbírání dat na pracovišti, které bylo poslední rok většinu času zavřené.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14.4.2021

.....

Bc. Dominik Břeň

Abstrakt

Tato práce se zabývá terapeutickým vztahem u adolescentní klientely, konkrétně terapeutickou aliancí, jakožto faktoru dlouhodobě spojeným s úspěšnou léčbou. Hlavním výzkumným cílem této práce tak bylo zkoumat terapeutickou alianci u adolescentní klientely v prostředí Denního Stacionáře pro Adolescenty a porozumět vnímání terapeutů a způsobu jejich práce adolescentními klienty s psychickými obtížemi. Teoretická část se zevrubně zabývá konceptem terapeutické aliance od historie vzniku tohoto konceptu ve vědecké literatuře až po to, jak je vnímána v současnosti. Jsou probrány různé typy terapeutické aliance a faktory na obou stranách terapeutického procesu, tedy na straně terapeuta i pacienta. Dále je uvedena podoba aliance ve skupinové terapii a na závěr i specifika terapeutické aliance ve vztahu k adolescentní klientele. K výzkumnému záměru této práce bylo využito polostrukturovaného rozhovoru inspirovaného oficiálními nástroji měřící terapeutickou aliancí, který je doplněn o inventář FIRO-B, který se zabývá interpersonální orientací jedince, tedy tím, jak se jedinec ve vztahu k ostatním chová a co od ostatních v této rovině vyžaduje. Účel tohoto inventáře v tomto výzkumu je lépe pochopit to, jak obecně zkoumaní adolescenti tvoří vztahy s ostatními a je tak diskutována možná spojitost s formováním terapeutických aliancí. 7 adolescentů se účastnilo výzkumu, jejich data byla kvalitativně zpracována pomocí analýzy opakujících se témat a otázek přímo s aliancí souvisejících. Výsledkem analýzy jsme určili dvě kategorie faktorů, „Cíle“ a „Osoba terapeuta“. Faktory, které pacienti vnímají jako nápomocné a důležité na osobě terapeuta jsou pak „přijímající přístup“, „aktivní naslouchání“, „zpětná vazba“ a „důvěra“. Tyto faktory se shodují se závěry studií dalších autorů a podporují i další výsledek tohoto výzkumu: zdá se, že mezi terapeuty a pacienty dochází k podmínkám umožňující formování terapeutických aliancí, tedy jejím třem hlavním dimenzím. Tyto závěry jsou podloženy doslovnými citacemi z rozhovorů s pacienty. Výsledky inventáře FIRO-B naznačují obtíže při navazování vztahů účastníků výzkumu s ostatními, nicméně se zdá, že přes to k formování aliancí dochází. Tento závěr tak podporuje tvrzení dalších výzkumníků, kteří reportují tvoření terapeutických aliancí přes nepříznivé podmínky na straně pacientů. Zjištěné poznatky jsou spolu s limity výzkumu a budoucími implikacemi diskutovány na konci práce.

Klíčová slova

terapeutická aliance, terapeutický vztah, kvalitativní studie, stacionář, adolescenti, FIRO-B

Abstract

This paper aims at therapeutic relationship of adolescents, specifically at therapeutic alliance, which is factor often connected to successful outcome of therapy. The main research goal of this study was to explore therapeutic alliance with adolescents within the Day care centre for adolescents with mental health difficulties and understand how they perceive therapists and their work. The first part of this paper is describing concept of alliance from historical perspective, types of alliance are presented as well as factors on both side of therapeutic process involved in forming of the alliances. Further it presents specifics of alliance in group therapy and in adolescent patients. For research purposes, we chose to use semi structured interview. We were inspired by official tools for measuring this concept. The FIRO-B inventory was added to see, how adolescents form their relations with others, and what do they expect from others in terms of relationships. The purpose for using this tool was to see how their interpersonal orientation could be connected to forming of alliances with therapists. 7 adolescents participated in this study and their data were processed by qualitative approach, specifically by repeating themes analysis. The result of this analysis showed two main categories: “Goals” and “Therapist”. Factors, which were perceived by adolescents as helpful and important were: acceptance, active listening, feedback, and trust. These factors are similiar to factors found in other studies by various authors. We presented transcripts from interviews to back up these findings. FIRO-B results indicate difficulties with forming relationships with others within the researched sample, nonetheless it seems they were able to form therapeutic alliances with therapists. These findings are supported by claims of other authors, who report forming of alliances despite of non-supportive conditions at the patient’s side. Our findings are discussed together with limits of this study at the end of paper.

Keywords

therapeutic alliance, therapeutic relationship, qualitative study, day care centre, adolescents, FIRO-B

Obsah

Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	13
1. Terapeutický vztah	13
1.1 Vymezení termínů „terapeutický vztah a terapeutická aliance“ v kontextu práce	13
1.2 Historický vývoj konceptu terapeutického vztahu.....	14
1.3 Význam terapeutické aliance	17
1.4 Prediktivní síla terapeutické aliance ve vztahu k úspěšné léčbě.....	19
1.5 Typy terapeutické aliance	20
1.6 Vymezení terapeutické aliance ve vztahu k použitým technikám	22
1.7 Předpoklady na straně pacienta a terapeuta pro zformování terapeutické aliance	23
1.7.1 Faktory na straně pacienta	23
1.7.2 Faktory na straně terapeuta.....	25
1.7.3 Shrnutí	28
1.8 Terapeutická aliance ve skupinové terapii	28
2. Terapeutická aliance u adolescentní klientely	31
2.1 Dimenze terapeutické aliance u adolescentní klientely	32
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	35
3. Design výzkumu	35
3.1 Cíle výzkumu	35
3.2 Výzkumné otázky	36
3.3 Etika výzkumu	36
3.4 Výzkumný soubor.....	37
3.4.1 Denní stacionář pro adolescenty	37
3.4.2 Účastníci výzkumu	38
3.5 Metody získávání dat	39

3.5.1	Polostrukturovaný rozhovor	40
3.5.2	Inventář FIRO-B.....	42
4.	Postup sběru dat.....	45
4.1	Způsob přepisu rozhovorů	46
4.2	Anonymizace dat	46
5.	Metody analýzy dat	47
5.1	Polostrukturovaný rozhovor	47
5.2	Inventář FIRO-B	48
6.	Výsledky.....	49
6.1	Obecná analýza strukturovaného rozhovoru.....	49
6.1.1	Cíle	49
6.1.2	Osoba terapeuta	51
6.2	Analýza rozhovoru ve vztahu k terapeutické alianci	54
6.2.1	Dimenze vztahová	54
6.2.2	Dimenze souhlasu s cíli terapie	55
6.2.3	Dimenze souhlasu s postupem a metodami léčby	56
6.3	Výsledky inventáře FIRO-B	57
7.	Interpretace výsledků ve vztahu k výzkumným otázkám.....	59
7.1	Dochází u účastníků výzkumu ke zformování terapeutické aliance s nějakým členem terapeutického týmu působících na DSA? A pokud k jejímu zformování dochází, jsou naplněny všechny její dimenze?	59
7.2	Jak účastníci výzkumu vnímají osobu terapeuta a léčebné postupy v rámci DSA ve vztahu k vlastní léčbě?.....	60
7.3	Jaká je interpersonální orientace účastníků výzkumu (měřeno FIRO-B), a jak se tato orientace může projevovat při formování terapeutické aliance?	60
7.4	Shrnutí a diskuze nad výsledky ve vztahu k výzkumným otázkám.....	62
8.	Diskuze k limitům výzkumu a budoucí implikace	64
9.	Závěr.....	66

10.	Seznam použité literatury	68
11.	Seznam příloh	77

Seznam tabulek

Tabulka 1 Výsledky inventáře FIRO-B	57
---	----

Seznam zkratk

DSA – Denní stacionář pro adolescenty

Úvod

Vše naznačuje tomu, že u psychických nemocí, které mají největší prevalenci mezi dospělou, dospívající i dětskou populací, nezáleží tolik na konkrétním léčebném postupu, který zvolíme, a to z toho důvodu, že všechny klinicky uznávané intervence a léčebné terapeutické postupy vykazují podobnou účinnost (Duncan et al., 2009). To, co v terapii přináší úspěch nejspíš není konkrétní technika či teoretický přístup, ale něco, co je pro terapeutickou práci univerzálně platné. V této souvislosti mluvíme o takzvaných společných faktorech terapie, o faktorech, které působí napříč terapeutickými přístupy i jednotlivými terapeuty. Ve vědecké literatuře těchto společných faktorů najdeme celou řadu, jejich seznam se podle různých autorů a kategorizací mění. Na čem se ale shodně většina z nich je to, že jedním z nejdůležitějších společných faktorů terapie je dynamika mezi terapeutem a pacientem, tedy terapeutický vztah.

Tento terapeutický faktor je v hledáčku odborné veřejnosti již dlouhou dobu a nejspíše v něm i zůstane, jelikož jeho zkoumání přináší nejen důležité informace o celém terapeutickém procesu a možnosti predikce úspěchu léčby, ale i způsob pro lékařské i nelékařské pracovníky, jak pozitivně ovlivnit celý proces léčby za účelem dosažení zdárného výsledku, kterým je zlepšení psychického stavu klienta. Primární komponentou terapeutického vztahu je pak terapeutická aliance, mnozí autoři dokonce považují vztah a alianci za jednu věc. I v této práci se zabýváme primárně terapeutickou aliancí, jakožto formou terapeutického vztahu, která se zdá být v terapeutickém procesu zcela zásadní. V posledních deseti letech se pozornost mimo jiné zaměřila i na specifika terapeutické aliance u adolescentní klientely (Duppong, Lambert, Thompson, & Farmer, 2017; McLeod, 2011; Shirk, Caporiono, & Karver, 2010; Shirk, Karver, & Brown, 2011; Wilmots et al., 2019; Whittaker et al., 2015).

V teoretické části práce představíme koncept terapeutické aliance, včetně jeho historického vývoje. Blíže se podíváme na to, proč je aliance označována za zásadní prediktor terapeutické léčby, které faktory pomáhají jejímu zformování a význam aliance pro léčbu obecně. V práci budou také popsána specifika adolescentní klientely ve vztahu k terapeutické alianci a jejím dimenzím.

V části praktické podrobně rozebereme výzkum, realizovaný na Denním stacionáři pro adolescenty Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN. Výzkum si klade za cíl zhodnotit, jestli na tomto pracovišti dochází k formování terapeutických aliancí, jak pacienti vnímají osobu terapeuta a způsob jeho práce, a jaká je jejich interpersonální orientace. K tomuto účelu bude

využita primárně kvalitativní metodologie ve formě polostrukturovaného rozhovoru, doplněna o inventář FIRO-B, zaměřující se na již zmíněnou interpersonální orientaci.

Důvodem pro výběr tohoto tématu a pracoviště je profesní zaměření autora práce, který na Denním stacionáři pro adolescenty působil jako terapeut v rámci odborné stáže.

V této práci používáme výrazy klient a pacient jako synonyma pro označení uživatele terapie.

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Terapeutický vztah

1.1 Vymezení termínů „terapeutický vztah a terapeutická aliance“ v kontextu práce

Někteří autoři, zejména ti psychodynamicky smýšlející, používají při popisování terapeutického vztahu termíny přenosový vztah (transference) a opravdový vztah (real relationship), kdy první termín znamená zkreslení pacientova vnímání terapeuta na základě jeho vlastních zkušeností a problémů (Greenson, 1967) a druhý pak odkazuje na vztahové transakce a vlastnosti nezatížené přenosovými faktory (Greenson & Wexler, 1969). Pokud ale mluvíme o terapeutickém vztahu jako o důležité proměnné v terapeutickém procesu patřící mezi takzvané společné faktory terapie (common factors), je nutné rozlišit nejprve mezi dvěma jeho hlavními komponenty, tedy vztahem typu bond – pouto a aliance – kooperativní vztahová rovina. Terapeutický vztah, jak je chápán v kontextu této práce (tedy jako takový vztah, který facilituje pozitivní výsledek terapie a možnou změnu na straně pacienta), více odpovídá termínu terapeutická aliance (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993). Nicméně první zmíněný termín – pouto (bond) - je také důležitým elementem, který je třeba při pochopení celého tohoto konceptu brát v potaz.

Toto pouto, nebo také spojení, je pro efektivní terapeutický vztah a spolupráci nezbytné, ačkoliv jeho žádoucí úroveň se může lišit. Aby aliance mohla fungovat efektivním způsobem, musí dojít i k určité míře vytvoření vzájemného pouta. Jde o takový vztah, jaký jsme zvyklí si budovat i mezi přáteli, o pouto vyjadřující míru důvěry a náklonnosti, ne nutně o vztah terapeutický. Ačkoliv je tento vztah důležitý a nezbytný, toto pouto samo o sobě nemůže zaručit, že povede ke zdařilé terapii, spíše je tedy půdou umožňující rozvoj terapeutické aliance, a tím pádem i půdou pro efektivní spolupráci. Nelze tedy říct, že čím je silnější pouto mezi terapeutem a pacientem, tím lepší výsledek bude terapie mít. Bordin si začal klást otázku, jaký typ vztahu a jaká jeho míra se hodí do různých typů terapie. Naznačuje například, že psychoanalytický přístup vyžaduje jinou míru důvěry a náklonnosti než terapie zaměřená na symptomy (Bordin, 1979). To, že pacient bude mít k terapeutovi takové pouto, které mu pomůže vidět ho jakožto odborníka schopného mu pomoci, může podpořit kognitivně-behaviorální typ léčby. Ale to samé může být na překážku v psychoanalytické terapii, kdy bude tato idealizace stát proti možnému přenosu negativních emocí vůči terapeutovi, které jsou v tomto typu terapie žádoucí. Podobně to, že bude terapeut

vykazovat velkou míru snahy a péče, může některé typy léčby podpořit, zatímco jiným být na překážku. Navíc ne každému pacientovi vyhovují stejné metody. Tyto úvahy Bordina vedly k domněnce, které nasvědčuje mimo jiné i práce Hatchera a Barrendse (2006), že určitému typu pacienta a terapie patří i optimální úroveň vztahu ve smyslu „bond“, tedy náklonnosti a důvěry. Příliš silné pouto může tak ohrozit zdárný výsledek terapie stejně jako pouto příliš slabé. Hatcher & Barends dokonce říkají, že terapeutický vztah nemusí být nutně charakteristický vzájemnou afinitou, jelikož to, že jako terapeut k někomu chováme respekt a náklonnost a on to samé cítí k nám, ještě neznamená, že spolu budeme efektivně pracovat (Hatcher a Barends, 1996).

Zpět tedy k termínu terapeutická aliance, terapeutickému vztahu ve smyslu kooperativní práce na společných cílech, a důvěry v metody a praktiky, které povedou k jejich naplnění. A tím pádem i k samotné důvěře v to, že k nějaké změně může vůbec dojít. Celkově je vhodné, aby terapeut budování této důvěry aktivně podporoval, jelikož to samotné vede k posílení sebevědomí, optimismu a odhodlání na straně klienta. Terapeutická aliance je pak vztahem podporujícím spolupráci, tedy kooperativní aliancí terapeuta a klienta pracující na společném cíli a věřící ve změnu, jež může na straně klienta nastat. Kvalitní terapeutická aliance je pak mimo jiné charakteristická klientovým přijutím vysvětlení jeho problémů, zvoleného postupu řešení a motivací se terapeutického procesu účastnit. (Bordin, 1979; Duncan et al., 2009, Horvath & Greenberg, 1994). Hovoříme o shodě na cílech a metodách terapie a také o vztahu mezi terapeutem a pacientem či klientem, tedy o třech dimenzích tvořící terapeutickou alianci.

1.2 Historický vývoj konceptu terapeutického vztahu

Jak se můžeme dočíst v práci Horvatha a Luborského (1993) koncept terapeutického vztahu, respektive terapeutické aliance, se objevuje již v raných Freudových spisech, kde Freud poprvé mluví o teorii přenosu. Při studiu Freudových prací často žasneme, na co vše dokázal přijít, a shledáváme, že již ve své době dokázal velmi přesně určit, na co by měl být v terapii brán zřetel. Není tomu jinak, i pokud zkoumáme terapeutický vztah. Freud přicházel s řadou technik a přístupů, u kterých věřil, že dovedou pacientům pomoci. Například chtěl pacienty hypnotizovat, a tak dostat přístup do jejich nevědomí, kde se podle něj uchovávala traumata, která jeho pacientům znemožňovala spokojeně prožívat své každodenní životy (Horvath & Luborsky, 1993). Jedinou překážkou byl fakt, že se pacienti často zhypnotizovat nenechali. Freud viděl problém v samotné technice, a začal proto využívat více techniky volných asociací, nicméně mnozí pacienti nereagovali dobře ani na tuto techniku a nespolupracovali

tak, jak by si Freud představoval (Horvath & Luborsky, 1993). Freud to nazýval rezistencí, tedy odporem, vzpourou proti terapeutovi a jeho technikám, což často vyústilo až v to, že pacient z terapie odešel (Horvath & Luborsky, 1993). Freud ze začátku vnímal existenci možného vztahu mezi terapeutem a pacientem jen z negativního hlediska, ale ve svých pozdějších pracích se k tomuto fenoménu vrací (Horvath & Luborsky, 1993). Místo aby dával vinu jen svým pacientům nebo svým technikám, začal se více soustředit i na procesy, které působí ve vztahu mezi terapeutem a klientem. Hovoří o takzvaném „analytickém paktu“ a připouští možnost toho, že spojení mezi terapeutem a pacientem může být pro terapii žádoucí a prospěšné. Zdůrazňuje i fakt, že tento pakt má rozdílné podoby a limity vzhledem k tomu, že každý pacient má své charakteristiky a předpoklady, stejně jako samotná terapie klade určité nároky, a vyžaduje právě určité předpoklady na straně pacienta. (Horvath & Luborsky, 1993)

V rámci psychoanalytické teorie se koncept terapeutického vztahu ocitl i v zájmu Bibringa (1937), který tento vztah kvalitativně odlišoval od způsobu tvoření vztahů tak, jak se to učíme v dětství. Jinými slovy, stejně jako později Freud, odlišoval terapeutický vztah od vztahu přenosového, s nímž psychoanalytičtí terapeuti primárně pracují.

Carl Rogers (1957) přišel s konceptem terapeutického vztahu, který se zaměřuje na to, co by měl terapeut nabídnout, aby takový vztah mohl vůbec fungovat. Jedná se tedy o aktivní komponenty vztahu, zejména na straně terapeuta, kterým bude věnován prostor později v této práci. Rogers mluví konkrétně o empatii, kongruenci a bezpodmínečném přijetí. Tyto komponenty jsou obecně základními kameny humanistického směru a nesmí v terapii zaměřené na klienta chybět (Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993). Rogers říká, že pokud nastolíme terapeutický vztah, tzn. podporující vztah, u kterého bude pacient věřit, že je autentický, a nikoliv jen profesionální, dosáhne tak kýžené změny ve svém chování či vnímání. Nastolení terapeutického vztahu tak Rogers pokládá za cíl celé terapie, nevidí tento vztah pouze jako jednu z podmínek úspěšné terapie, nýbrž jako podmínku jedinou (Muran & Barber, 2010).

Následovník psychoanalytické teorie Zetzel (1956) mluví v polovině 20. století o tom, jak terapeutický vztah pomáhá pacientovi chápat terapeutovy interpretace a sledovat proces, který v rámci terapie probíhá. Terapeutická aliance je podle něj ne-neurotická ne-přenosová komponenta vztahu mezi terapeutem a pacientem. Dá se tedy chápat jako autentický vztah nezatížený maladaptivními procesy.

O necelých deset let později se setkáváme v práci Greensona (1965) s pojmem „pracovní aliance“, který ji definuje jako kolaboraci mezi terapeutem a pacientem, která je založená na realitě, nikoliv na tom, co si neseme z dřívějšího. Podobně jako Zetzel tak mluví o nezatíženém autentickém vztahu, o vztahu, který je založený na procesech majících původ v současnosti a realitě, nikoliv v raných zkušenostech formující naši konceptualizaci vztahů obecně.

V 60. letech vznikla v rámci práce Stronga (1968) hypotéza hovořící o nezbytných předpokladech pro to, aby pacient dosáhl změny ve svém životě. Podle něj musí být pacient přesvědčený o terapeutově kompetenci a dedikaci případu.

Podobně jako již dříve Birbing, i Horwitz (1974) vymezuje zásadní rozdíl mezi přenosovou dynamikou a terapeutickým vztahem, tedy rozdíl mezi tím, jak jsme zvyklí si vztahy tvořit podle toho, jak jsme si interiorizovali vztahy v dětství, a tím, jak funguje vztah terapeutický.

Bordin (1979) navazuje svou prací na teorii terapeutického vztahu jako fenoménu fungujícího napříč různými školami a přístupy, pokrývá více už zmíněných konceptů a nabízí definici, kterou Horvath a Luborsky (1993) dokonce označují za pan-teoretickou. Bordin (1979) předpokládá, že každý terapeutický přístup má řadu očekávání od pacienta i terapeuta. Aby došlo ke změně, je třeba třech elementů – shoda na cílech terapie (agreement), shoda na tom, jak těchto cílů dosáhnout (task collaboration) a také nastolení vztahu typu bond, který se vyznačuje recipročně pozitivním vztahem. Z Bordinova konceptu tak ale vycházejí i další předpoklady terapeutického vztahu. Například říká, že aliance je silná, jen pokud spolu terapeut a pacient dovedou vyjednat, jak budou pracovat, a následně to i uvést v praxi. Shoda na cílech a postupech terapie tak nemusí na začátku terapie nastat, jedná se dynamickou komponentu vztahu, jejíž nedílnou součástí je právě i vyjednávání. Jde o vyjednávání mezi očekáváním terapeuta, který vychází z teorie svého směru a učení, a očekáváním pacienta, respektive jak rozumí svým problémům a jak moc věří ve způsoby jejich řešení a jejich účinnost. Bordin dále uvádí, že čím silnější je aliance, tím lepší výsledek terapie přinese, a že silná aliance je také výsledkem shody mezi osobními charakteristikami terapeuta i pacienta a shody v tom, co od vztahu a spolupráce oba očekávají (Bordin, 1979). Nicméně na rozdíl od Rogerse, Bordin považuje terapeutický vztah a alianci sice za nezbytnou komponentu terapie, zdaleka ale ne za jedinou. Tato aliance má poskytnout prostor, ve kterém je pacient schopný akceptovat postup léčby, mít v tento postup důvěru a

věřit, že je změna možná. Aliance samotná ale tuto změnu přímo způsobit nedokáže (Ardito & Rabellino, 2011).

Jak již bylo zmíněné v úvodu této práce, zabýváme se primárně konceptem terapeutické aliance (therapeutic alliance), která je často nazývána obecnějším termínem terapeutický vztah, ačkoliv terapeutický vztah jako takový je o něco širším konceptem než samotná terapeutická aliance (Duncan et al., 2009). Výše popsany historický vývoj definice a konceptu terapeutického vztahu je zde pro ilustraci toho, jak se široký koncept terapeutického vztahu vyvíjel až do podoby odpovídající právě terapeutické alianci jako faktoru, který se zdá být v terapeutickém procesu velmi důležitý. V této práci tedy operujeme s konceptem terapeutické aliance jakožto reprezentativní definicí terapeutického vztahu, který v sobě zahrnuje všechny důležité komponenty, které jsou pro vztah i samotnou terapii významné.

1.3 Význam terapeutické aliance

Na začátek této kapitoly je vhodné stručně uvést faktory, které mají na celkový úspěch terapie značný vliv. Ukazuje se, že faktory nejvíce ovlivňující léčbu jsou faktory již existující v životě klienta nezávisle na terapii. Tyto faktory mohou až za 40% variance měření výsledku terapie (Duncan et al., 2009). Wampold (2001) ve své meta-analýze dokonce uvádí až 87 % procent, do kterých zahrnuje vše kromě samotné léčby, tedy faktory v životě klienta, které nemají co dělat s terapeutickým procesem, a neobjasněnou a chybovou varianci. Tzn. současná životní situace klienta, tj. do jaké míry byl schopen fungovat před léčbou, co se mu aktuálně v životě odehrává a další faktory, které ani pacient, ani terapeut neovlivní, a mají značný dopad na výsledek terapie (Duncan et al., 2009). Je na místě také zmínit, že i bez terapeutické intervence dochází často ke zlepšení pacientovy situace a potíží. Již roku 1986 vydali pánové Lambert, Shapiro & Bergin práci, ve které uvádějí, že až 40 % lidí se vyléčí bez jakékoliv profesionální pomoci. Zdá se, že lidé mají přirozenou tendenci uzdravovat se, což potvrzují i výzkumy s využitím placebo efektu (Kirsch et al., 2008). Nicméně profesionální terapeutická pomoc svůj význam samozřejmě má a je více spojována se zlepšením obtíží v životě pacientů, než když zůstanou bez profesionální pomoci. K tomuto závěru dospěla mimo jiné i metaanalytická studie z roku 2007, kterou zveřejnili Menchola, Arkowitz, & Burke.

Wampold (2001) přisuzuje procesu terapie jen 13 % celkové variance, byla by podle nás chyba na toto číslo pohlížet způsobem, že terapie a terapeut mají tak malý vliv v procesu léčby. Pokud se například podíváme na důležité faktory úspěšné terapeutické léčby, které se koncentrují na osobu klienta jako jsou klientova kooperace (client interactive cooperation), klientova expresivita (client expressiveness), klientovo uznání terapeuta (client affirmation of therapist) a terapeutické uvědomění (therapeutic realizations) – tedy klientovo pochopení důležitých souvislostí událostí svého života přímo v rámci terapeutického setkání (Orlinsky, Ronnestad, a Willutzki, 2004), můžeme je vnímat jako faktory sice na straně klienta, ale také jako faktory, které má terapeut šanci ovlivnit (Bachelor, Laverdiere, Gamache, & Bordeleau, 2007). A pokud se zaměříme na to, jakým způsobem má terapeut možnost výsledek ovlivnit a co většinou predikuje úspěšnou léčbu, je to právě terapeutova schopnost tvořit terapeutické aliance se svými pacienty (Baier, Kline & Feeny, 2020).

Podívejme se tedy blíže, jak tento vztah vypadá. Střední, ale konzistentní vztah mezi výsledkem terapie a terapeutickou aliancí se zdá být platný bez ohledu na proměnné, které do procesu vstupují. Bez ohledu na to, jestli tuto alianci posuzuje terapeut, klient nebo nezávislý pozorovatel, vyplývá, že nejsou výrazné rozdíly v predikci úspěchu terapie (Martin, Garske & Davis, 2000), ačkoliv klientovo posouzení je o něco lepším prediktorem (Bachelor & Horvath, 2009; Horvath et al., 2011). Dokonce i bez ohledu na to, jaký typ měření použijeme, jak posuzujeme výsledek, v jaké fázi měření provádíme nebo jaký typ terapie je v procesu využíván, vztah zůstává přesvědčivě konzistentní (Martin, Garske & Davis, 2000). Není potom s podivem, že již po několik desítek let odborná veřejnost vnímá terapeutickou alianci jako důležitou komponentu terapeutického procesu a jeden z hlavních prediktorů úspěchu terapie.

Horvath a Symonds zveřejnili již roku 1991 meta-analytickou studii, na jejímž základě interpretují vztah mezi terapeutickou aliancí a úspěšnou léčbou jako středně silný a stabilní. Význam terapeutického vztahu vyzdvihují mimo jiné i Lambert & Okiishi (1997), Norcross (2002) a Horvath s Bedim (2002). Tito autoři, kteří se tímto konceptem zabývali značnou část celé své vědecké kariéry, také mluví o tom, že kvalita a míra vztahu, či aliance mezi klientem a terapeutem, je konzistentním prediktorem úspěšné léčby, nezávisle na typu měření tohoto vztahu nebo psychoterapeutického přístupu, který je v léčbě použit. V o něco novějších meta-analýzách se tento vztah potvrzuje, a ukazuje se, že je nejspíše opravdu výraznějším prediktorem úspěšné terapie než například to, jaký typ terapie či jakou techniku terapeut využívá (Martin et al., 2000; Lambert & Barley, 2001; Shirk & Karver, 2003;

Karver et al., 2006; De Bolle, 2010; Elliot et al., 2011; Horvath et al., 2011; Kolden et al., 2011; Baier, Kline & Feeny, 2020). Tento fenomén se potvrzuje nejen u dospělých, ale i dospívajících klientů (McLeod, 2011), a to dokonce i na biologické úrovni skrze měření úrovně oxytocinu při terapeutickém sezení (Zilcha-Mano, 2020). Terapeutická aliance je spojována s úspěchem nejen při terapeutické léčbě, ale i při léčbě psychofarmakologické, což jen podtrhuje význam tohoto faktoru napříč zdravotnickými odvětvími (Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1995; Klein et al., 2003; Zuroff & Blatt, 2006).

Zajímavá je i studie Polascheka & Rosse z Nového Zélandu (2010). Autoři zkoumali motivaci a formování terapeutické aliance jako možný prediktor terapeutické změny u násilnických vězňů. Ačkoliv měření terapeutické aliance a motivace na začátku osmiměsíčního programu nebylo dobrým prediktorem; u těch vězňů, u kterých kvalita terapeutická aliance nejvíce během procesu léčby vzrostla, byla také na konci prokázána největší změna v jejich chování.

Dokonce samotné posuzování a měření terapeutické aliance může mít pozitivní dopad na výsledek léčby, jelikož díky pacientově evaluaci terapeutické aliance získáváme jako terapeuti o procesu lepší povědomí, a můžeme tak svůj přístup podle toho měnit a individualizovat. Navíc tím posilujeme pacientovu motivaci, a především kompetenci k tomu, že on sám je důležitým činitelem změny svého života. Skutečně se ukazuje, že ti terapeuti, kteří aktivně vyžadují zpětnou vazbu od pacientů týkající se terapeutické aliance a jejich pokroku v terapeutickém procesu, mají stabilněji lepší výsledky. (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Barkham et al., 2001; Duncan et al., 2004; Lambert, 2005; Miller et al., 2005)

1.4 Prediktivní síla terapeutické aliance ve vztahu k úspěšné léčbě

Terapeutickou alianci, respektive její zformování, opakovaně v této práci označujeme jako prediktor úspěšné léčby, tedy jako spolehlivý ukazatel toho, jestli pravděpodobně dojde ke kýžené změně na straně pacienta. Je ale důležité se i ptát, jakým způsobem se tak děje. To, že tento koncept stojí za to zkoumat a že měření terapeutické aliance má v klinickém i soukromém prostředí terapie svůj význam, je již takřka jisté, že vědecká pozornost se tak více soustředí na popsání přesných mechanismů působení tohoto konceptu než na pouhou re-evaluaci toho, jak moc významný je v terapeutickém procesu.

Vypadá to, že v literatuře zabývající se touto problematikou se nejčastěji terapeutická aliance posuzuje buď jako obecný prediktor výsledku léčby, nebo jako potenciální zprostředkovatel úspěšné léčby, tedy její mediátor (Muran & Barber, 2010). Posuzování léčby by pak mělo

spočívat primárně v měření příznaků daného problému, úspěšná léčba je tak charakteristická redukcí symptomů (Duncan et al., 2009). Pokud se k tomu stavíme takto, posuzujeme-li samotný vztah mezi silou terapeutické aliance a redukcí příznaků, ukazuje se, že tento vztah není tak silný, jak by se mohlo na první pohled zdát. Pokud ale pohlížíme na terapeutickou alianci jako na mediátor terapeutického procesu a úspěšné léčby, tzn. jako na jakousi živnou půdu pro terapii, jako na prostředek k tomu, abychom s klientem mohli dobře spolupracovat na společných cílech a díky tomu zdárného výsledku dosáhnout, tento vztah nabývá mnohem silnějšího významu.

Když mluvíme o terapeutické aliance jako o prediktoru úspěšné léčby, nesmíme zapomínat na to, že ačkoliv je dobrým a důležitým předpokladem pro léčbu, samotné reportování nastolení terapeutické aliance pro predikci úspěchu nestačí. Úspěšnou léčbu nejlépe predikuje to, zda pacient vnímá ze strany terapeuta empatii a vnímá celý proces jako kolaborativní (Bohart & Greenberg, 1997; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Horvath & Bedi, 2002), což je obojí ukazatelem kvalitní terapeutické aliance, nicméně ne jediným. V různých fázích terapeutického procesu se navíc síla terapeutické aliance může měnit, aniž by to znamenalo, že by to přímo ovlivňovalo výsledek léčby, vždy záleží na tom, jestli je terapeut schopen terapeutickou alianci udržet i přes výkyvy, ke kterým v terapeutickém procesu běžně dochází (jak je demonstrováno v následující kapitole), v čemž právě empatie a kolaborativní atmosféra hrají roli. Například posuzování terapeutické aliance na začátku terapeutického procesu se ukazuje být stejně silným prediktorem, jako když se tento proces blíží ke konci (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007). Tedy lepším prediktorem úspěšné léčby je to, zda je terapeut schopen tyto aliance stabilně utvářet a udržovat, pokud ano, nezáleží, jestli tuto kvalitu měříme na začátku nebo na konci terapeutického procesu (Horvath & Symonds, 1991; Baldwin, Wampold, & Imel, 2007).

Pokud posuzujeme terapeutickou alianci a její sílu, měli bychom se i soustředit na toho, kdo data pro posuzování přináší. Pacientovo posouzení kvality terapeutické aliance je totiž obecně o něco lepším prediktorem úspěšné léčby než to terapeutovo (Horvath et al., 2011). Jaké faktory na straně terapeuta i pacienta hrají při formování terapeutické aliance roli bude podrobněji rozebráno v samostatné podkapitole.

1.5 Typy terapeutické aliance

Terapeutická aliance je významným faktorem v terapeutickém procesu charakterizovaný kolaborativním vztahem pacienta a terapeuta, a je nám již známo, jak tento vztah vypadá a

jak je silný. Je na místě se také ptát, jakým způsobem se dynamika tohoto vztahu v procesu terapie vyvíjí a mění.

Vědecká obec se tedy nejprve zabývala tím, jestli je tento vztah lineární, tj. jestli síla terapeutické aliance roste úměrně s frekvencí a počtem terapeutických intervencí. Skutečně se tak potvrzuje v řadě studií (Muran & Barber, 2010). Někteří autoři měřili terapeutickou alianci po každém terapeutickém sezení a zaznamenali mírné zvýšení aliance při každém provedeném měření (Patton et al., 1997), jiní administrovali měření na začátku, uprostřed a na konci terapeutického procesu a reportovali týž výsledek (Fitzpatrick et al., 2005). Piper et al. (2005) měřili vývoj tohoto vztahu v krátkodobé terapii a lineární trend vývoje terapeutické aliance potvrzují stejně jako Kramer et al. (2009), kteří došli k podobnému závěru při měření, které se odehrávalo v průměru při 24 sezeních.

Nicméně stejně tak početná řada autorů zpochybňuje linearitu vývoje aliance. Výzkumy těchto autorů naznačují, že terapeutická aliance je spíše stabilního charakteru, a tím pádem po jejím zformování již k přílišným výkyvům nedochází, vzhledem ke korelaci síly aliance na začátku a na konci terapie (Kramer et al., 2009; Muran & Barber, 2010).

Další konceptualizace terapeutické aliance zohledňuje jak její možný dynamický vývoj, tak i to, že se její síla na začátku a na konci terapeutického procesu příliš nemění. Hovoříme o takzvané křivce ve tvaru písmena U (U-shaped pattern), jinak také typ vysoká-nízká-vysoká (high-low-high pattern) (Kivlighan and Shaughnessy, 2000). Typické je pro tuto vývojovou křivku to, že terapeutická aliance je silná na začátku a na konci, s propadem zhruba uprostřed terapie (Kivlighan and Shaughnessy, 2000; Muran & Barber, 2010). Vysvětluje se to tím, že jak se terapie dostává do pokročilých fází, shledává pacient, že ne všechno, co si na začátku vytyčil, je možné v terapii zpracovat a změnit, a tak u něj nastává určité zklamání, a tím i logicky oslabení terapeutické aliance (Stevens et al., 2007). Pokud ho ale terapeut dokáže v procesu udržet a pomůže mu nastavit reálnější očekávání od sebe i terapie samotné, terapeutická aliance se opět prohlubuje, a proto je ke konci terapie opět silná (Muran & Barber, 2010; Stevens et al., 2007).

Typ, který je reprezentovaný tvarem písmena U, spolu s prvními dvěma koncepty pracuje s křivkou popisující nejjednodušeji dynamiku vývoje terapeutické aliance v celé její délce v rámci terapeutického procesu. Další koncept má snahu dynamiku terapeutické aliance naopak popsat v kratších úsecích. Více než na celek se zaměřuje na krátkodobější výkyvy a změny terapeutické aliance v podobě dyadických epizod mezi terapeutem a pacientem,

charakteristickými lokálními propady či trhlinami a následně jejich řešeními, či opravami (ruptures and repairs) (Strauss et al., 2006). Mluvíme pak tedy o typu vývojové dynamiky v podobě písmene V (V-shaped pattern) (Strauss et al., 2006). Tento typ vývoje terapeutické aliance je typický krátkodobými propady v terapeutické alianci způsobených lokálními zádrhly v terapii a následném znovunastolení terapeutické aliance díky spolupráci terapeuta i klienta (Muran & Barber, 2010). Dokonce se zdá, že zdárné vyřešení takového propadu, neboli oprava trhliny v terapeutické alianci, může pomoci celkově terapeutickou alianci upevnit (Lutz et al., 2007; Stiles et al., 2004)

První tři popsání koncepty nabízejí pohled na dynamiku terapeutické aliance po celou délku terapeutického procesu najednou a jako na celek tohoto procesu. Studie, které se zabývaly vztahem typu vývoje terapeutické aliance s výsledkem terapie, neodhalily výraznější rozdíly mezi těmito typy vývoje aliance (Kivlighan and Shaughnessy, 2000), pozdější studie dokonce nepotvrzují výskyt typu reprezentovaný písmenem U (Muran & Barber, 2010). Spíše než na celkový model vývoje se tak zdá výhodnější zabývat se dynamikou lokálních trhlin v alianci a jejich následnou nápravou. Za prvé, vnímání terapeutické aliance jako souhrn lokálních propadů a následných oprav lépe vystihuje dynamiku toho, jak terapeutická aliance funguje. Za druhé, každý z propadů či trhlin v terapeutické alianci je možné brát jako potencionální prostor pro růst a terapeutickou změnu (Stiles et al., 2004; Muran & Barber, 2010).

1.6 Vymezení terapeutické aliance ve vztahu k použitým technikám

Již tedy víme, že terapeutický vztah či aliance je faktorem, který v terapeutickém procesu hraje důležitou roli a dokážeme i říct, jakým způsobem se tak nejspíše děje. Již jsme zde také uvedli to, co mnozí autoři (Baier, Kline & Feeny, 2020; Beutler et al. 2004; De Bolle, 2010; Karver et al., 2006; Martin et al., 2000; Norcross 2002; Shirk & Karver, 2003) před námi, a sice že použitá terapeutická technika není tak důležitá pro výsledek léčby jako samotná aliance mezi terapeutem a klientem. Toto tvrzení je založené na přesvědčení, že samotná technika a dodržování postupů nestačí, neboť roli hraje mnoho dalších možných intervenujících proměnných ovlivňující celý proces změny. Kim, Wampold & Bolt (2007) uvádějí, že v jejich studii, v které hodnotili výsledek léčby podle typu léčby/terapie, bylo 0 % rozptylu dat vysvětleno právě použitými technikami. Je ale nesmírně náročné určit, kde končí například vliv použité techniky, a začíná vliv samotné terapeutické aliance. Je pravděpodobnější, že tyto dva faktory se ovlivňují a kovariují mezi sebou, než že by působily v procesu zcela odděleně (Duncan et al., 2009).

Klientům se často nedaří pracovat tak, jak by terapeuti doufali, a právě použití jiných technik může tyto nesnáze pomoci odstranit. Využívání různých terapeutických technik v reakci na potřeby klienta je tak pro vnímání zdařilé terapeutické aliance takřka nezbytné. Právě schopnost adaptovat se na potřeby klienta, a tím pádem i zvolit jiný způsob práce či jinou techniku, napomáhá úspěšnému nastolení terapeutického vztahu (Duncan et al., 2009). Je tomu tak proto, že terapeutická aliance je v podstatě průnik terapeutova a klientova pohledu na to, jak efektivně spolupracovat na společném cíli terapie a jak klient terapeutovi věří, že je schopen mu pomoci (Bordin, 1974) – pokud tedy vnímá, že terapeut je citlivý k jeho potřebám a je schopen svůj způsob práce tomu přizpůsobit, dá se předpokládat, že k nastolení kvalitní terapeutické aliance pravděpodobně dojde. Studie, kterou mají na kontě Despland, de Roten, Despars, Stigler & Perry (2001) uvádí, že v jejich výzkumném designu při formování silné terapeutické aliance nezáleželo tolik na síle obranných mechanismů pacienta, ale právě na schopnosti terapeuta přizpůsobit své techniky podle pacientových potřeb.

Což nás dovádí k předpokladům na obou stranách kolaborativního terapeutického vztahu, které formování této aliance umožňují a ovlivňují ho.

1.7 Předpoklady na straně pacienta a terapeuta pro zformování terapeutické aliance

Jak terapeut, tak i klient má svá očekávání, jak by měla jejich spolupráce vypadat. Rozdíly mezi těmito očekáváním se v průběhu terapeutického procesu dostávají na světlo a stávají se předmětem vyjednávání mezi terapeutem a klientem. Správně navozený terapeutický vztah by měl být totiž mimo jiné charakterizován tím, že terapeut a klient spolupracují tak, aby naplnili cíle terapie (Duncan et al., 2009). Jak již bylo naznačeno na konci minulé kapitoly, aby toto mohlo nastat, existují určité předpoklady na straně jak terapeuta, tak klienta, které vznik terapeutické aliance facilitují a také faktory, které formování terapeutické aliance naopak ztěžují.

1.7.1 Faktory na straně pacienta

Faktorům na straně klienta ovlivňujícím proces formování terapeutické aliance se ve své meta-analytické studii věnoval De Bolle (2010) a určil jich hned několik. Obecný předpoklad na straně klienta je absence určitých druhů psychopatologie, které apriori správné navození terapeutického vztahu velmi ztěžují, ba i přímo znemožňují. Zvláště poruchy osobnosti jsou obecně zatěžujícím faktorem pro správné navození terapeutické aliance a pro terapeutickou

práci vůbec (Lingiardi, Filippuci, & Baiocco, 2005). Určitý stupeň chápání základních vztahů a kauzalit je v terapii taktéž důležitým faktorem, a tak je potřeba určitá úroveň intelektu a sociálních dovedností. Bludné kognitivní zpracovávání informací v rámci psychotických onemocnění je pak tedy logicky také zatěžujícím faktorem na straně klienta, stejně jako například poruchy autistického spektra (Lingiardi, Filippuci, & Baiocco, 2005). Neznamená to rozhodně, že by jedinci s psychopatologickou diagnózou do terapie neměli vůbec přicházet nebo že by nebyli schopni navodit terapeutický vztah a alianci, nicméně pro takové jedince je tento proces komplikovanější (De Bolle, 2010). Zvláště při měření kvality terapeutického vztahu by se tyto faktory měly zohlednit. Například pacienti, které před léčbou, v níž se terapeutická aliance posuzuje, měli více než tři depresivní epizody, reportují slabší terapeutické aliance a menší úspěšnost léčby (Lorenzo-Luaces, DeRubeis & Webb, 2014). Stejně tak ale určitá kognitivní i sociální nezralost adolescentní klientely může mít vliv na formování terapeutických aliancí a pochopení celého terapeutického procesu (Diener & Monroe, 2011; Shirk, Karver, & Brown, 2011).

Nepatologické faktory demografického charakteru, které jsou na straně klienta a proces navození terapeutické aliance ovlivňují, jsou v první řadě znázorněny motivací ke změně, ale zahrnují i to, zda je klient svobodný či nikoliv, jestli je zaměstnaný a pokud ano, tak na jaké pozici pracuje (De Bolle, 2010). Ukazuje se, že svobodní jedinci a ti, kteří jsou nezaměstnaní, mají větší problémy s navozením terapeutické aliance, a to v podobné míře jako již zmínění jedinci s psychopatologickou diagnózou (De Bolle, 2010). Další výzkumy naznačují, že na výsledek terapie má samozřejmě značný vliv to, kolik má vůbec pacient sil ke změně, jaké materiální i nemateriální zdroje má k dispozici, jak byl schopný fungovat před terapií, jestli má oporu v sociálním okolí, jaké jsou jeho osobní motivace a také jaké zažívá životní události a jakým způsobem je prožívá (Duncan et al., 2009). Ačkoliv samozřejmě u adolescentních pacientů nehraje takovou roli to, jestli jsou svobodní, jejich rodinná situace a další zdroje určitě svoji úlohu ve výsledku terapie mají (Vymětal et al., 2004).

Některé výzkumy naznačují, že to, jak je posuzována kvalita terapeutické aliance, ovlivňuje i výsledek léčby (Duncan et al., 2009), nicméně je důležité i zohlednit, kdo tento vztah posuzuje. Ukazuje se, že pokud porovnáme, jak kvalitu vztahu vnímá terapeut a jak klient, často se jejich názory liší. Jak jsme již uvedli výše, klientovo posouzení je pak nejspíš o něco lepším prediktorem úspěšné terapie než to terapeutovo (Castonguay et al., 2006; Elliot et

al., 2011; Horvath et al., 2011; Kolden et al., 2011), ačkoliv faktory na straně terapeuta úspěšné zformování terapeutické aliance ovlivní nejspíše více (Del Re et al., 2012).

Je typické, že pacienti reagují různě v průběhu terapie, a vypadá to, že hlavně na začátku terapeutické spolupráce mnozí pacienti zapojují vlastní obranné mechanismy, jak uvádí například i Despland, de Roten, Despars, Stigler & Perry (2001). Pokud mají pacienti obrany velmi silné, může to být překážkou pro zdařilé formování terapeutické aliance, protože takový pacient je potencionálně rezistentní ke způsobu práce terapeuta. Nicméně k nastolení terapeutické aliance podle všeho přesto dochází, jen tyto aliance nejsou tak silné.

1.7.2 Faktory na straně terapeuta

Zdá se, že faktory na straně terapeuta jsou pro zdařilé formování terapeutických aliancí podstatnější než faktory na straně klienta (Baldwin et al., 2007; Baier, Kline & Feeny, 2020). Terapeut působí v terapeutickém procesu hned několika způsoby, a to jako zprostředkovatel kýžené změny (mediator), tak i jako faktor zásadně ovlivňující sílu a kvalitu terapeutického procesu (Baier, Kline & Feeny, 2020). Jinak řečeno, díky terapeutovi může dojít ke zformování terapeutické aliance a terapeut má i zásadní vliv na to, jak silná tato aliance bude. Zdá se, že faktory na straně terapeuta, které v tomto procesu hrají zásadní roli u dospělé populace, se příliš neliší od faktorů mající význam pro populaci adolescentní (Vymětal et al., 2004).

Del Re et al. (2012) ve své výzkumné studii uvádí, že i přes variabilitu různých výše zmíněných faktorů na straně klienta zůstával efekt terapeuta schopného formovat terapeutické aliance středně silný. Efekt terapeuta také zůstává podobně silný bez ohledu na typ terapie či použité techniky (Baier, Kline & Feeny, 2020). Potvrzují to například Kim, Wampold & Bolt (2007), kteří uvádějí, že právě variabilita na straně terapeuta vysvětluje až 8 % rozptylu dat ve vztahu k výsledku terapie. To, že osoba terapeuta je jedním z nejdůležitějších proměnných v celém terapeutickém procesu, naznačují mnohé studie a autoři (Crits-Christoph et al., 2006; Huppert et al., 2001; Lutz et al., 2007; Wampold & Brown, 2005). Vypadá to, že někteří terapeuti jsou efektivnější než jiní bez ohledu na styl práce (Lutz et al., 2007; Wampold & Brown, 2005). Výzkumné studie z první desítky našeho století také poukazují na fakt, že schopnost terapeuta rozvíjet terapeutické aliance se svými klienty je asociována s pozitivním výsledkem terapie (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Zuroff et al., 2010). Dá se tedy říct, že někteří terapeuti jsou stabilně lepší ve schopnosti formovat aliance s pacienty než ostatní, a mají také lepší výsledky (Del Re et al.,

2012). I přes nepříznivé faktory na straně pacienta lze tak za pomoci terapeuta efektivně navazující terapeutickou aliancí zformovat takovým způsobem, který vede k dobrému výsledku (Baldwin et al., 2007).

Tím se tedy dostáváme k tomu, které faktory na straně terapeuta, tj. které vlastnosti a dovednosti, ovlivňují formování terapeutických aliancí. Tím se zabývali mimo jiné právě Hilsenroth, Cromer & Ackerman (2012), kteří uvádí hned celou řadu faktorů. Jako první je to schopnost empatie (empathy), tzn., jak je terapeut vnímavý k potřebám a emočním stavům klienta. To, jak je terapeut otevřený k pochopení specifického světa pacienta (openness) je dalším faktorem, a podobně to, jak je k pacientům vřelý (warmth). Terapeut má být i sebevědomý (confidence), přesvědčený o tom, že změna je možná, zároveň ale respektující (respect) k přáním a subjektivnímu pohledu klienta. Další žádoucí faktory, které by terapeut měl mít na své straně, jsou jeho flexibilita (flexibility), e.g. schopnost umně reagovat na potřeby klienta a také se mu přizpůsobovat stylem své práce, a upřímnost v projevu a přístupu k pacientovi (honesty). Faktory, které byly shledány jako naopak nežádoucí, jsou terapeutova tenze a rigidita (rigidity), neschopnost změny přístupu či pohledu ve vztahu k subjektivitě pacienta. Tyto faktory tedy ovlivňují schopnost pacienta cítit důvěru v to, že terapeut disponuje schopností mu pomoci pracovat na společných cílech, že mu pomoci chce, myslí to s ním dobře, chová se k němu vřele a s respektem, a že je schopný se pacientovi přizpůsobit, což odpovídá právě Bordinově definici terapeutické aliance, respektive schopnosti ji zformovat (Bordin, 1979).

Nedávná metaanalýza Nienhuise et al. (2016) se zaměřila na faktory na straně terapeuta, které pozitivně ovlivňují samotný úspěch terapie a které jsou vnímané pacientem jako žádoucí. Tým Jacoba B. Nienhuisa nejprve vyšel z dřívějších metaanalýz Elliota et al. (2011), Horvatha et al. (2011) a Koldena et al. (2011), kteří ve svých studiích našli spojení mezi aliancí, empatií (empathy) a přirozeností (genuineness) terapeuta. Nienhuis proto tuto linku potvrzuje, a nejenže jako již mnozí autoři před ním potvrzuje silný vztah mezi výsledkem terapie a aliancí, ale zároveň referuje o tom, že právě empatie a opravdovost terapeuta zároveň mají silný vztah s formováním kvalitní terapeutické aliance. Na rozdíl od empatie přirozenost či opravdovost je hůře definovatelný koncept. Již v půlce minulého století o tomto konceptu hovoří Rogers (1957), jakožto o schopnosti terapeuta být plně sám sebou a přesnou reprezentací sebe sama. Gelso & Carter (1994) se s touto definicí nespokojili a uvádějí, že přirozenost (genuineness) je být tak opravdový – a chtít být takový – jaký vůbec dokáže jedinec ve vztahu k druhému být. Shledáváme tyto definice a dělení poněkud

obtížněji uchopitelné; občas je totiž těžké rozlišit hranici mezi empatií a přirozeností, neboť je složité být opravdu empatický bez toho, aniž by tak jedinec činil přirozeně. Nicméně tyto koncepty jsou opravdu na úrovni teoretické a statistické rozlišitelné, aspoň podle dostupných faktorových analýz (Cramer, 1986; Truax & Carkhuffa, 1967). Tak jako tak, pokud pacient terapeuta vnímá jako přirozeného a autentického ve svých reakcích a empatickém naslouchání, hraje důležitou roli jak při formování terapeutické aliance, tak i v celém terapeutickém procesu (Nienhuis et al., 2016).

Zformování terapeutické aliance podporují samozřejmě faktory, které jsou prospěšné pro terapii obecně. Pacient by se měl v první řadě cítit chápán, přijímán a vyslyšen. Dále by se měl v terapii cítit dostatečně bezpečně, aby mohl vyjádřit své názory, zkušenosti, pocity a myšlenky. Měl by v terapeutovi cítit podporu pro řešení svých potíží či zkoušení nových alternativních způsobů chování. V neposlední řadě by pak měl věřit, že je mu terapeut schopný poradit. (Duncan et al., 2009).

Zaměříme se dále na to, čím terapeut úspěšné zformování terapeutické aliance vyloženě neguje. Není překvapením, že negativní přístup terapeuta k pacientovi, zejména pokud je v chování a vyjadřování útočný, konfrontační, pejorativní, kritický, odmítavý nebo obviňující, je faktorem nežádoucím (Lambert & Barley, 2002; Miller, Wilbourne, & Hettema, 2003). Vypadá to, že předjímání klientových pocitů, myšlenek, názorů a postojů, a zvláště pak následné vyvozování závěrů na základě těchto předpokladů je také něco, čeho by se měli terapeuti vyvarovat, a co rozhodně neprospívá terapeutické alianci (Lambert, 2005). Již výše jsme zmínili, že terapeut by neměl být rigidní a napjatý. Dále by měl dbát, aby se terapeutický proces necentralizoval okolo jeho osoby, ale okolo osoby klienta, jehož potřeby by měly být vždy v popředí (Duncan et al., 2009). Neméně důležité je si všimnout možných již zmíněných “trhlin” v terapeutické alianci a takzvaně před nimi nezavírat oči, naopak považovat je za přirozený proces terapie a dále s nimi pracovat (Duncan et al., 2009).

Ve studii zabývající se “slepými uličkami” (impasse) v terapii, tedy tím, co nefunguje, se ukazuje, že všichni terapeuti, kteří se účastnili studie, připouští, že do oné takzvané slepé uličky je zavedla vlastní chyba nebo že svému klientovi neposkytli, co potřeboval. Zmiňují také počínání, které považují za chybné, ví, že se ho dopustili, a počínání, které je také v přímém protikladu s podmínkami pro úspěšné zformování terapeutické aliance. Terapeuti zmiňují zejména nesouhlas s klientovým přesvědčením, jeho nátlak a klientovo přílišné

očekávání. Dále uvádějí, že byli příliš nejasní ve svých sděleních, nedostatečně direktivní a opatrní nebo naopak nevnímaví k závažnosti klientovy situace. (Hill et al., 1996)

Ačkoliv je vidno, že v popředí jsou faktory, které nemají tolik co do činění se vzděláním či odborností, přeci jen se potvrzuje, že zkušenost terapeuta je také důležitým faktorem v terapeutickém procesu (Crits-Christoph et al., 1991). Jinými slovy, čím je zkušenější, tím lepší výsledky terapeut má. Toto by mohlo být vysvětlené mimo jiné tím, že zkušenější terapeuti jsou více schopni adaptovat způsob své práce a techniky podle potřeb klienta, jak naznačuje i výzkum vztahu obranných mechanismů či reaktance na straně pacienta a síly terapeutické aliance (Despland et al., 2001; Duncan et al., 2009).

1.7.3 Shrnutí

Klientovo posouzení kvality terapeutické aliance hraje větší roli při predikci výsledku terapie, jsou to ale právě primárně faktory na straně terapeuta, které formování aliance umožňují a posilují, a tím potencionálně ovlivňují výsledek terapie. Celkově se dá také říct, že více než použité techniky či terapeutická škola, kterou terapeut využívá, je důležitější jeho osobnost a vlastnosti, které napomáhají vzniku a formování terapeutické aliance, obzvláště pak schopnost empatie a toho, jak přirozeně a opravdově působí. Pokud terapeut dokáže pacientovi zajistit dostatečnou podporu, bezpečí a přijetí, je pravděpodobnější, že dojde ke zformování terapeutické aliance, a tím pádem spíše dojde i ke zdařilému výsledku terapie. Přesto je nutné mít na paměti fakt, že ve výsledku záleží na pacientovi, jestli si z terapeutického procesu vezme, co potřebuje a jestli, a jak to dokáže využít. Coby terapeuti máme proto možnost více ovlivnit zformování terapeutické aliance, avšak celkový výsledek terapie se dá lépe vysvětlit faktory na straně pacienta.

1.8 Terapeutická aliance ve skupinové terapii

O terapeutické alianci v rámci skupinové práce a terapie není zdaleka tolik odborné literatury jako v rámci modelu individuální terapie, nicméně vychází často ze stejných konceptů a teorií (Ardito & Rabellino, 2011). Jedním z hlavních rozdílů mezi individuální a skupinovou terapií je z hlediska terapeutické aliance to, že terapeutických činitelů je ve skupinové terapii více než dva, jak je tomu v individuální terapii. Zpravidla bývají na sezeních přítomni dva terapeuti, dále jsou za tyto činitele považováni samotní členové skupiny a v neposlední řadě skupina jako celek (Ardito & Rabellino, 2011). To znamená, že různých aliancí můžeme v rámci skupinové terapie pozorovat více. Terapeutický vztah může nastat mezi terapeutem a členem skupiny, ale i mezi dvěma členy skupiny, mezi skupinou a terapeutem a mezi

členem skupiny a celým zbytkem skupiny. Pro orientaci v tak složitém modelu najednou působících aliancí a různých na sebe působících vlivů byl vytvořen systemický model aliance Pinsofa a Catheralla (1986). Tito autoři navazují na Bordinovy závěry a vytváří model více interpersonálních subsystémů, které dohromady tvoří jakýsi alianční celek nebo spíše součet všech výše zmíněných možných aliancí a vztahů v rámci skupiny (Gillaspy et al., 2002).

Holmes a Kivlighan (2000) srovnávali terapeutické faktory v individuální a skupinové terapii a naznačují, že v prostředí skupinové terapie jsou důležitější vztahové komponenty, zatímco v individuální je více v popředí vnímavost k vlastním pocitům, náhled a schopnost definovat problémy. To by nasvědčovalo tomu, že ve skupinové terapii pacienti a klienti přikládají větší důležitost vztahovým faktorům, což odpovídá principu celé skupinové psychoterapie (Vymětal et al., 2004)

Pokud se snažíme definovat terapeutický vztah v rámci skupinové dynamiky, je důležité si tento koncept neplést se skupinovou kohezí, jelikož tyto dva koncepty se v lecčem překrývají. Ačkoliv Yalom (1995) přímo mluví o skupinové kohezi, zmiňuje faktory jako pocit podpory, důvěry a to, že člověk patří do skupiny, dokonce tuto kohezi srovnává analogicky se vztahem v individuální terapii. Další autoři popisují kohezi jako spolupráci směrem ke společnému cíli a zájem o podobná témata; tito autoři dokonce uvádí úzký vztah mezi skupinovou kohezí a aliancí a také to, že obě tyto komponenty mají vztah ke snížené symptomatice a zvýšené míře sebevědomí a k sebejistotě (Budman et al., 1989).

Ačkoliv si mohou být tyto koncepty podobné, jsou mezi nimi zásadní rozdíly. Crowe a Grenyer (2008) uvádí, že zásadní rozdíl mezi kohezí a aliancí je ten, že zatímco koheze popisuje vztahy mezi všemi členy skupiny najednou (a to i včetně terapeuta), pracovní či terapeutická aliance popisuje vztah mezi jednotlivými činiteli zvlášť. Skupinová koheze tedy vyjadřuje soudržnost celé skupiny, zatímco terapeutická aliance je formována vždy mezi určitými subjekty. Odkazují se mimo jiné i na výzkum Marzialiho et al. (1997), který zkoumal vztah mezi výsledkem skupinové terapie hraniční poruchy osobnosti na jedné straně a terapeutické aliance a skupinové koheze na straně druhé. Ačkoliv uvádí, že koheze i aliance signifikantně korelují mezi sebou, a oba faktory, pokud jsou přítomny, predikují úspěšný výsledek terapie, aliance predikuje tento výsledek o něco lépe a lze tak mezi těmito dvěma koncepty rozlišovat nejen v rámci jejich definice a teoretického rámce, ale i v jejich prediktivní síle v rámci skupinové terapie.

Co je ale důležité, formování terapeutických aliancí je i v rámci skupinové práce možné a také se tak děje, což nám umožňuje zkoumání tohoto aspektu i mimo individuální psychoterapii (Duncan et al., 2009), a tím lépe pochopit principy fungování tohoto terapeutického faktoru.

2. Terapeutická aliance u adolescentní klientely

Ačkoliv síla a význam terapeutické aliance v terapeutickém procesu se opakovaně potvrzuje napříč celou klientskou populací, přeci jen je na místě vzhledem k zaměření této práce zmínit aspekty, v kterých se terapeutická aliance u dospívajících a dospělých liší, a v kterých nikoliv.

Vše naznačuje skutečnosti, že psychoterapeutické intervence u dospívající klientely mají velmi podobný účinek jako v dospělé populaci (Duppong et al., 2017; Kazdin, 2004; Miller, Wampold, & Varhely, 2008). Ačkoliv studií, které by se vyloženě zabývaly vztahem terapeutické aliance a adolescentní klientelou je výrazně méně, než jak je tomu u klientely dospělé, jsou patrné důležité paralely mezi oběma těmito skupinami (Green, 2009; Shirk, Karver, & Brown, 2011), které podporují stejný Bordinův třidimenzionální model terapeutické aliance. Nicméně ne všechny studie tento model tří hlavních komponent terapeutické aliance podporují, a shledávají, že podoba aliance u dospívajících někdy může více odpovídat jednodimenzionálnímu modelu. To by mohlo nasvědčovat, že forma aliance u adolescentní klientely je méně diferenciovaná, tedy že jednotlivé dimenze aliance nejsou tak lehce odlišitelné od sebe. Vypadá to, že ačkoliv jsou přítomny stále všechny dimenze, jsou někdy zastoupeny v jiném poměru, než bývá u dospělých; největší význam se zdá mít potom dimenze shody na cílech a metodách terapie (task and goal agreement) (McLeod 2011). Zdá se, že terapeutická aliance u adolescentů je obzvláště silná, pokud terapeut podporuje a respektuje pocit autonomie a jedinečnosti pacienta, a zároveň nabízí pocit emoční blízkosti a navázání vztahu (Wilmots et al., 2019). Jinými slovy, je vhodné, aby se k adolescentům terapeut choval jako k dospělým ve smyslu toho, aby se k pacientovi choval jako k někomu, kdo má aktivní roli při řešení svých obtíží, a tím posílil jeho autonomii. Zatímco je třeba respektovat určité odlišnosti, jak je popsáno níže, rozhodně se terapeutický přístup blíží více práci s dospělým pacientem než s tím dětským.

Vypadá to, že terapeutická aliance je důležitým aspektem úspěchu v léčbě u mnoha poruch a problémů, s kterými se adolescenti potýkají. U poruch příjmu potravy se zdá dokonce terapeutická aliance u dospívajících silnější prediktor úspěchu léčby než u dospělých pacientů, a na zformování aliance by tak měl u této skupiny být obzvláště brán zřetel (Graves et al., 2017). Jiné studie ukazují pozitivní vliv terapeutické aliance na zvýšení motivace u adolescentů s depresí (Wilmots et al., 2019) a anxiózními poruchami (Chiu, McLeod, Har, & Wood, 2009; Gonzalez et al., 2011). Zformování aliance terapeuta a pacienta je také

s úspěchem léčby spojováno i v případě práce s adolescenty s výchovnými problémy (Hogue et al., 2006; Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005), stejně jako u dětí a adolescentů diagnostikovanými s poruchami chování (conduct problems) (Kazdin & McWhinney, 2017). U adolescentů s problémy s abúzem návykových látek vykazuje síla terapeutická aliance se členy terapeutického týmu lepší predikci případného relapsu v prvních 6 měsících po léčbě než samotná reportovaná spokojenost s léčbou jako takovou (Tetzlaff et al., 2005). To by mohlo nasvědčovat, že i u adolescentů je patrně výhodnější soustředit se na terapeutický vztah více než na konkrétní podobu léčby, ačkoliv jedno ovlivňuje druhé a naopak, jak již bylo popsáno výše.

Síla vztahu mezi terapeutickou aliancí a výsledkem terapie u adolescentů, tedy redukcí symptomů, se zdá být velmi podobná jako u dospělých účastníků terapie, a i u této cílové skupiny tak zůstává velmi důležitým faktorem v úspěšné terapeutické léčbě (Duppong et al., 2017; Eltz, Shirk, & Sarlin, 1995; Handwerk et al., 2009; McLeod, 2011; Shirk, Karver, & Brown, 2011). Je ale nutné brát v potaz, že forma terapeutické aliance u dospívajících může mít poněkud jinou podobu a vývoj. Terapeut by měl tyto odlišnosti znát, aby mohl lépe a efektivněji s pacienty a klienty pracovat (Chiu, McLeod, Har, & Wood, 2009; Shirk, Karver, & Brown, 2011).

2.1 Dimenze terapeutické aliance u adolescentní klientely

Podívejme se ale na všechny dimenze terapeutické aliance ve vztahu k adolescentům postupně. První dimenzí je samotný vztah neboli pouto (bond). Je pravděpodobné, že tato dimenze může mít trochu jinou podobu u dospělé a adolescentní populace. Již svého času Freud mluvil o tom, že pokud si s dítětem nikdo doma nehraje, to pak o to raději do terapie či léčby chodí, neboť se mu dostává pozornosti od dospělých (Sandler, Kennedy, & Tyson, 1980). Pozitivní pocity, které pak dítě či mladistvý k terapeutovi chová, pak nemusejí být čistě terapeutické. Spíše, než spojence pro společnou práci ho může vnímat e jako někoho zábavného, zajímavého, ke komu má vřelý vztah. Nemusí ho už ale vnímat jako někoho, kdo mu má pomoci s obtížemi, s kterými do terapie přichází, ale jen jako zábavného společníka (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Ačkoliv je tedy vřelý vzájemný vztah v rámci terapeutické aliance a pro terapii obecně důležitý, a korektivní zkušenost s autoritami rovněž, pro úspěšné zformování terapeutické aliance je potřeba, aby zůstal na úrovni vztahu kolaborativního, nikoliv přátelského (Shirk, Karver, & Brown, 2011).

Druhou dimenzí je shoda na metodách terapie, tedy vzájemná shoda na tom, jak by se mělo docílit zlepšení pacientových obtíží (Bordin, 1979). Zde narážíme na problém, že hlavně mladší dospívající pacienti často úplně nerozumí terapeutickému procesu tak jako dospělí, a nevnímají ho jako stejně důležitý, už kvůli tomu, že do procesu terapie často vstupují pod tlakem rodičů či jiných autorit (Duppong et al., 2017; Shirk, Karver, & Brown, 2011). Je pak obtížnější dosáhnout shody na postupech, které by měly vést ke zlepšení jejich obtíží, když v první řadě mnoho z adolescentů nevnímá terapii jako prostor pro zlepšení svých obtíží, které vnímají oni sami. Spíše ho vnímají jako prostor pro to, aby byli takoví, jak si přejí jejich rodiče (Hawley & Garland, 2008; Shirk, Karver, & Brown, 2011). Navíc jejich chápání celého procesu je opravdu často omezené, a tak je terapeut nucen balancovat mezi aktivním nasloucháním a zároveň vysvětlováním toho, co se v procesu děje, jaké kdo má role, a co je relevantní k terapeutické práci (Shirk, Karver, & Brown, 2011).

Zapojení rodičů do terapeutického procesu nás přivádí i k třetí dimenzi terapeutické aliance, tedy ke shodě na cílech terapie, která je u adolescentů ovlivněna podobně jako shoda na metodách práce (Shirk, Karver, & Brown, 2011). I bez většího zapojení rodičů do samotného procesu, je od samého začátku zásadní rozdíl oproti dospělé klientele ten, že rodiče pacientů o terapii vědí, musí s ní souhlasit, často i platit, a tak jsou apriori s terapeutem v kontaktu. Rodiče mají i většinou zájem na zlepšení stavu svých potomků, a tak aktivně s terapeutem komunikují, v čem by se měly jejich ratolesti změnit a na čem by měly pracovat. Často se tyto cíle rodičů a jejich dětí, tedy pacientů, liší. Shoda na cílech terapie je pak obtížnější, záleží vždy na tom, koho cíle vystupují do popředí (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Ačkoliv se zdá být přirozené pracovat vždy na cílech pacienta, a nikoliv jeho opatrovníka, realita bývá často jiná. Ve studii, která se zabývala právě touto problematikou, vyšlo najevo, že v 75 % zkoumaných léčeb, v které hráli roli jak terapeut, mladistvý i rodič, se začalo s terapií bez toho, aniž by se všichni zúčastnění shodli na jednotném cíli léčby. Skoro v půlce případů pak nedošlo ke shodě na cíli léčby, rodič například reportoval agresivitu dospívajícího jako hlavní problém, ale samotný pacient mluvil o depresi (Hawley & Weisz, 2003). Zajímavé je, že terapeut často souhlasil spíše s rodiči než se samotnými pacienty. S tím souvisí i výskyt terapeutických aliancí mezi terapeutem a rodičem pacienta, jelikož terapeut v procesu terapie často musí udržovat alianci právě s oběma zapojenými stranami. Výzkumy naznačují, že silná aliance s rodičem pacienta je sice důležitější pro to, aby pacient do terapie docházel a pokračoval v ní, ale silná terapeutická aliance s pacientem je více spojována s redukcí symptomů obtíží, se kterými pacient přichází (Shirk, Karver, & Brown, 2011).

VÝZKUMNÁ ČÁST

3. Design výzkumu

3.1 Cíle výzkumu

Většina výzkumů zabývajících se terapeutickou aliancí je zaměřena dospělou klientelu, a tak bylo jedním z cílů autora práce zaměřit pozornost na cílovou skupinu v tomto tématu poměrně neprobádanou, obzvláště pak v rámci České republiky. Ačkoliv existují práce českých autorů zabývajících se terapeutickou aliancí, není jich mnoho, a na adolescentní klientelu se prakticky nezaměřují. To, že této cílové skupině není věnováno tolik pozornosti, vyplývá patrně i z nutnosti často zapojit do výzkumu nezletilých osob více zúčastněných subjektů, což práci ztěžuje a činí ji nákladnější. Jelikož autor této práce působil v rámci dlouhodobé stáže jako terapeut právě na Denním stacionáři pro adolescenty při Psychiatrické klinice VFN, byl přístup k této klientele o to snazší. Toto zařízení (dále jen DSA) je na území České republiky svého druhu jediné, a tak byla možnost zkoumat terapeutickou alianci v tomto prostředí jedinečnou příležitostí. Hlavním výzkumným cílem tak **bylo zkoumat terapeutickou alianci u adolescentní klientely v prostředí denního stacionáře, tedy porozumět vnímání terapeuta adolescentními klienty s psychickými obtížemi. Dále porozumět jejich vnímání způsobu práce v rámci DSA a tomu, které aspekty práce považují za prospěšné.**

Zároveň je kvalitativní výzkum doplněn o inventářové šetření (FIRO-B) mající za účel zjistit, jakou úroveň orientace v mezilidských vztazích probandi vykazují.

3.2 Výzkumné otázky

V této práci se pomocí kombinace kvalitativního a kvantitativního způsobu měření pokoušíme odpovědět na následující otázky:

1. Dochází u účastníků výzkumu ke zformování terapeutické aliance s nějakým členem terapeutického týmu působících na DSA? A pokud k jejímu zformování dochází, jsou naplněny všechny její dimenze?
2. Jak účastníci výzkumu vnímají osobu terapeuta a léčebné postupy v rámci DSA ve vztahu k vlastní léčbě?
3. Jaká je interpersonální orientace účastníků výzkumu (měřeno FIRO-B), a jak se tato orientace může projevat při formování terapeutické aliance?

3.3 Etika výzkumu

Navrhovaný výzkumný projekt byl po schválení vedoucí lékařkou a přednostou kliniky nejprve předložen ke schválení Etické komisi VFN, která jej v první fázi opatřila připomínkami, které byly integrovány v konečnou verzi projektu, a ta byla následně Etickou komisí VFN schválena. Jejich vyjádření je dostupné v příloze (Příloha 1).

Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Pacienti DSA byli vždy nejprve slovně dotázáni v rámci ranní komunity, jestli by měli zájem se výzkumu zúčastnit. Pokud se vyjádřili souhlasně, byl jim předložen krátký text vysvětlující povahu výzkumu a zároveň i verbálně vysvětleny všechny základní informace týkající se jejich účasti. Byl vysvětlen účel výzkumu k diplomové práci a jaké si klade výzkumné cíle. Účastníci výzkumu byli obeznámeni s použitými metodami výzkumu a informováni o nahrávání rozhovorů. Zároveň byli ujištěni, že získaná data budou kódována a nahrávky po jejich přepisu hlavním řešitelem výzkumu ihned vymazány. Pro účely výzkumné práce navíc není v samotném textu potřeba zveřejňovat celé přepisy rozhovorů, ale jen relevantní úryvky. Probandům bylo též sděleno, že pro účely výzkumu není nutné znát jejich diagnózu, či přesnou povahu obtíží, se kterými se na DSA léčí. Přístup ke kompletním přepisům budou mít na vyžádání jen akademičtí odborníci, a po dvou letech od doby pořízení budou rovněž smazány. O tom všem byli také účastníci v průvodním textu informováni a vyzváni ke kontaktování hlavního řešitele na jeho e-mailové adrese v případě dalších dotazů. Vzhledem k tomu, že všichni účastníci byli nezletilí, stejný text k podpisu a k souhlasu poskytování dat obdrželi i jejich zákonní zástupci. Teprve po obdržení tohoto informovaného souhlasu od účastníků i zákonných

zástupců došlo k samotnému sběru dat. Celý text informovaného souhlasu je k dispozici v přílohách (Příloha 2, Příloha 3).

Jelikož v době sběru dat působil hlavní řešitel výzkumu v DSA jako terapeut v rámci odborné stáže, výzkumu se mohli účastnit jen ti pacienti, kteří s ním neměli žádný kontakt v rámci skupinové či individuální terapeutické práce, pouze byli zpraveni o tom, že na pracovišti již dlouhodobě působí. Zároveň se autor výzkumu dalších programů neúčastnil v zájmu nenarušování integrity výzkumu.

Pacienti byli verbálně ujistěni o tom, že z výzkumu mohou kdykoliv odstoupit, pokud by je otázky rozrušily, či by se jim z jakéhokoliv důvodu nechtělo pokračovat dále.

3.4 Výzkumný soubor

3.4.1 Denní stacionář pro adolescenty

Tento denní stacionář má kapacitu 15 pacientů ve věku od 14 do 21 let (včetně), výjimečně jsou přijímáni i starší studenti nebo naopak mladší žáci základních škol. Standardní doba léčby je 12 týdnů, přičemž ale někteří pacienti ukončují léčbu dříve, vždy ale po vzájemné domluvě terapeutického týmu a pacienta. V případě nezletilosti pacienta samozřejmě i za přítomnosti zákonných zástupců.

Denní stacionář byl otevřen Psychiatrickou klinikou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v roce 1999 a od té doby zajišťuje, jako jediný na našem území, diagnostiku a léčbu psychických poruch adolescentů. Stacionář je určený pro pacienty s emočními poruchami, adaptačními poruchami, psychosomatickými poruchami, neurotickými poruchami, poruchami příjmu potravy, s počínajícími nebo odeznívajícími schizofrenními epizodami a symptomatickým abúzem psychoaktivních látek. Program stacionáře zahrnuje individuální i skupinovou terapii, přičemž důraz je kladen primárně na práci ve skupině. Dále program zahrnuje arteterapii, ergoterapii, léčebnou tělesnou výchovu, autogenní trénink, canisterapii a rodinnou terapii. Pro pacienty s poruchou příjmu potravy je pak zajištěn specifický stravovací režim a skupinová terapie ve spolupráci s Centrem pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice. V programu nechybí ani samořídící skupina pacientů a výuka zajištěná třídou Základní školy při VFN. Jak bývá zvykem v léčbách komunitního typu, každé ráno přichází celé osazenstvo stacionáře včetně personálu na ranní komunitu, kde se probírají zážitky z minulého dne, různé možné změny a návrhy a rozdělení jednotlivých služeb na oddělení, které v rámci ergoterapie a přejímání odpovědnosti na sebe

berou samotní pacienti. Podobnou komunitou i denní program končí. Klasická délka denního programu je od 8:00 do 16:00.

Terapeutický tým (v době sběru dat) je veden atestovanou dětskou psychiatrickou s psychoterapeutickým výcvikem. Dále je tvořen sociální pracovníci s psychoterapeutickým výcvikem, psychologem v atestační přípravě, komunitní sestrou arteterapeutkou a studentkou posledního magisterského ročníku jednooborové psychologie v psychoterapeutickém výcviku. Zároveň jsou součástí týmu stážisti, zpravidla studenti psychologie se započatým psychoterapeutickým výcvikem. Součástí týmu jsou i další pracovníci, ti se ovšem terapeutické práce neúčastní.

Jak již bylo řečeno, hlavní těžiště terapeutické práce leží v nestrukturované skupinové psychoterapii, doplněné o možnost individuálních konzultací. Právě na tyto části programu byl tento výzkum zaměřen, jelikož jsme předpokládali, že terapeutické aliance, pokud vznikají, vznikají právě v rámci těchto intervencí. Na to, že i ve skupinové psychoterapii vznikají terapeutické aliance s terapeuty, bylo poukázáno již vícekrát, jak naznačuje i přehledová práce od autorů Ardito & Rabellino (2011).

3.4.2 Účastníci výzkumu

Výzkumu se účastnilo 7 pacientů stacionáře pro adolescenty, z toho 5 dívek a 2 chlapci. Jedné dívce bylo 14 let, další 16 let, dvěma 17 let a poslední 19 let (v průměru 16,6 let). Oběma chlapcům bylo 15 let.

Léčebného programu stacionáře se pacienti účastnili různě dlouhou dobu, nejkratší zapojení do programu bylo u jedné probandky 2 týdny, nejdelší pak 9 týdnů. I přes krátkodobou účast jedné účastnice nebylo uvažováno o kontraindikaci pro výzkum, jelikož terapeutické aliance měřené ze začátku léčby se zdají být stejně vypovídající o síle aliance a možné úspěšné léčbě jako uprostřed a na konci měření (Ardito & Rabellino, 2011; Summers, 2003).

Pro účely výzkumu nebylo důležité, s jakými konkrétními problémy se jednotliví účastníci na DSA léčí, nicméně se zdá být vhodné uvést zde tyto informace alespoň obecně a způsobem, jak byly prezentovány samotnými účastníky výzkumu. 5 ze 7 probandů se léčilo primárně s afektivními poruchami, které popisují jako nezvládání emocí ve stresových situacích, neadekvátní reakce v běžných sociálních situacích a dlouhodobé trvající a intenzivní nálady. Zároveň 4 dívky z 5 uvádějí poruchy příjmu potravy. Všichni účastníci

mluví o potížích se začleněním do společnosti, docházením do školy, a o projevech úzkosti. 2 probandi popisují problémy se sebedůvěrou. Je třeba zopakovat, že tato data pocházejí od samotných účastníků výzkumu a nejsou podložena jejich lékařskými zprávami či potvrzením od ošetřujícího lékaře. Tyto jimi popisované obtíže spadají do oblastí, kterým se již někteří autoři u adolescentní klientely ve vztahu k terapeutické alianci věnovali a potvrdili, že terapeutická aliance při práci s těmito druhy psychických problémů je stěžejním faktorem léčby (Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill, & Woolston, 2011; Kazdin & McWhinney, 2017; Wilmots, Midgley, Thackeray, Reynolds, & Loades, 2019).

Pro všechny účastníky toto byla první zkušenost se skupinovou psychoterapií. 4 probandi uvedli předešlou zkušenost s psychoterapií v individuální podobě, přičemž 2 z těchto 4 stále na terapii dochází. V rámci výzkumu hovořili pacienti o 4 terapeutech v tu dobu s nimi spolupracujícími.

3.5 Metody získávání dat

Pro účely výzkumného projektu byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru doplněna o inventářové šetření.

Pro kvalitativní způsob sběru dat jsme se rozhodli hned z několika důvodů. Za prvé se zdá, že pokud sbíráme data od dospívajících pacientů, je vhodné přistoupit k funkčnímu flexibilnějšímu přístupu měření, který umožňuje lepší komunikaci s touto skupinou, a měl by zaručit větší kvalitu výsledků. Adolescenti nejspíš, častěji než dospělí, vnímají měření jako test toho, jestli v něčem obstojí, obzvláště pak v nemocničním prostředí (Coupey, 1997, s. 1349-1364), a tak jsme zvolili metodu, která by pomohla možné intervenující proměnné odstranit. Za druhé již z explorativní povahy výzkumu, který se zabývá terapeutickou aliancí, tj. určitou formou vztahu pacienta a člena terapeutického týmu, jak tento vztah vypadá a které faktory ho pomáhají tvořit, se nabízí kvalitativní přístup jako vhodnější. Některé jevy jsou zkrátka obtížněji měřitelné než jiné, v takovém případě často vědci svůj výzkum přehodnotí, nebo ho dokonce ukončí, a tak často dochází ke zkoumání jednodušších jevů na úkor těch složitějších (Čermák & Mioviský, 2000). U kvalitativního výzkumu je často zpochybňována jeho validita, ale u měření složitějších psychologických konstruktů je obecná pravda opravdu těžko dohledatelná, vždy jde o situačně specifický a sociálně konstruovaný pojem (Čermák & Mioviský, 2000). Kvalitativní výzkum navíc obecně umožňuje zachycení komplexnějších fenoménů a jejich souvislostí a zkoumání těchto fenoménů v daném kontextu.

V neposlední řadě byl důvod pro zvolení tohoto designu ten, že jsme neměli možnost v rámci naší práce použít oficiální nástroje pro měření terapeutické aliance.

Výzkum byl rozšířen o inventářové šetření pomocí nástroje FIRO-B, které mělo sloužit jako doplnění k hlavní části výzkumu a pro zjištění toho, jak se účastníci orientují v mezilidských vztazích. Tento nástroj byl pro účely výzkumu zapůjčen z kabinetu diagnostických pomůcek Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

3.5.1 Polostrukturovaný rozhovor

Hlavní těžiště výzkumu spočívalo v polostrukturovaném rozhovoru vedeným hlavním řešitelem práce. Otázky v tomto rozhovoru byly sestaveny tak, aby pokrývaly všechny tři dimenze terapeutické aliance podle Bordinovy pan-teoretické definice, tedy vztah, souhlas na metodách a práci v terapii, a jejích cílech (Bordin, 1979). Zároveň jsme se inspirovali položkami z nástroje WAI (Working Alliance Inventory), který je založen na stejném Bordinově konceptu (Horvath & Greenberg, 1994). Upravené uzavřené otázky z tohoto inventáře byly doplněny o upřesňující dotazy na konkrétní faktory, které účastníky výzkumu vedly k reportování fenoménů s terapeutickou aliancí související. Tím, že data byla sbírána pomocí rozhovoru s možností doptat se a leccos upřesnit, jsme se snažili zaručit, že tazání chápou, na co se jich ve výzkumu ptáme, a, jestli odpovídají na to, k čemu směřují naše otázky. Dále byly do výzkumu zahrnuty explorativní otázky, pomocí kterých jsme se chtěli dopátrat, jak účastníci výzkumu vnímají osobu terapeuta a metody jeho práce (i celkově práce na DSA) ve vztahu k vlastní léčbě.

Základních otázek bylo 16 s dalšími navazujícími a upřesňujícími dotazy. Nejprve byly účastníkům výzkumu prezentovány 4 otázky více zaměřené na zařízení DSA než na osobu terapeuta a vztah s ním. Byly to otázky typu:

- „Máte nějakou předešlou zkušenost s psychoterapií? A pokud ano, jakou?“
- „Máte zde na stacionáři kontakt s nějakým terapeutem? A pokud ano, jakou formou?“, Máte pocit, že Vám zdejší pobyt může pomoci? A pokud ano, jak?“
- „Jaké jsou cíle Vaší léčby nebo pobytu zde na stacionáři?“

Po zodpovězení základní sady otázek a doplňujících dotazů byli účastníci výzkumu požádáni, aby si vybrali jednoho člena terapeutického týmu, ke kterému chovají větší důvěru než k ostatním, kterému více věří nebo je pro ně důležitější. Následovaly otázky, které již měli probandi vztahovat k vybrané osobě z terapeutického týmu. Některé byly vyloženy

explorativního charakteru, ačkoliv jsme předpokládali, že se v odpovědích objeví témata, která lze vztáhnout k jednotlivým dimenzím terapeutické aliance. Explorativní otázky proto zněly takto:

- „Jak vnímáte osobu terapeuta, co pro Vás znamená?“
- „Jak se Vám snaží terapeut pomoci?“
- „Co vnímáte ve vztahu s terapeutem jako důležité?“
- „Co Vám kontakt s terapeutem přináší?“
- „Co konkrétně na terapeutovi oceňujete?“
- „Co by mělo být jinak/Co byste od terapeuta ještě potřebovali?“

Další otázky již směřovaly cíleně k jednotlivým **dimenzím terapeutické aliance** a tak i hlavnímu cíle této práce. Otázky se vztahují k dimenzi souhlasů na cílech terapie (**goals**):

- „Jak vypadá Vaše situace za předpokladu, že se Vám daří zlepšovat obtíže, s nimiž jste zde na stacionáři?“
- „Máte pocit, že sdílíte s terapeutem stejné cíle Vaší léčby?“
- „Pracujete na stejných cílech jako terapeut?“, „Mluvili jste někdy o cílech léčby s terapeutem“

Další dimenzí je souhlas s metodami léčby (**task**), k čemuž přímo směřovaly otázky:

- „Souhlasíte s tím, na čem byste měli během léčby pracovat?“
- „Máte pocit, že to, co terapeut dělá, Vám může pomoci?“
- „Věříte, že Vám terapeut s Vašimi obtížemi dokáže pomoci?“
- „Souhlasíte s tím, jak na tom s terapeutem pracujete?“
- „Souhlasíte s tím, jak se terapeut snaží k cílům Vaší léčby dostat, s jeho, nebo jejími metodami?“

Poslední dimenzí terapeutické aliance je afinitní vztahová dimenze (**bond**), ke které se vztahovaly otázky:

- „Máte pocit, že terapeut zná dobře Vaše obtíže a chápe, čím si procházíte?“
- „Myslíte, že terapeutovi záleží na tom, abyste se zlepšil?“
- „Je pro vás kontakt s terapeutem nějakým způsobem důležitý/nápomocný?“.

Všechny uzavřené otázky byly podle potřeby doplněny o dotazy: „Jak to poznáte?“, „Z čeho tak usuzujete?“ za účelem důkladné explorace zkoumaných témat a okruhů.

3.5.2 Inventář FIRO-B

Inventář FIRO-B, což je zkratka pro Fundamental Interpersonal Relations Orientation, vyjadřuje stručně zaměření teorie interpersonálních vztahů navržené Williamem C. Schutzem. Teorie je souhrnem hypotéz, pokoušejících se vysvětlit interpersonální orientaci chování jedince vůči ostatním lidem. Základní myšlenkou je předpoklad, že každý jedinec má charakteristický způsob sociální orientace vůči ostatním a že především tato orientace definuje jeho interpersonální chování. (Kožený, 1976)

Jde o pokus vysvětlit interpersonální chování jedince na základě tří interpersonálních potřeb, a to inkluze, kontroly a afekce. Tyto potřeby se pravděpodobně vyvíjí v dětství v interakci s důležitými dospělými a vrstevníky. Pokud nejsou naplněny, dospělý jedinec se pak může cítit jako bezvýznamný, nekompetentní a nehodný lásky a přijetí. To vede k vytváření obranných mechanismů, které se v interpersonální komunikaci manifestují charakteristickým chováním (Kožený, 1976).

Potřeba inkluze je definována jako potřeba vytvářet a udržet si uspokojivé vztahy s ostatními s důrazem na interakci s ostatními. Potřeba inkluze tak jde jak od jedince k ostatním (rozvinutý zájem o ostatní lidi), tak od ostatních k jedinci (vnímání uspokojivého zájmu ostatních o vlastní osobu). Inkluze je spojena s interakcí, pozorností ostatních a k ostatním, postavením, slávou, individualitou, zájmem, porozuměním a participací. Základem inkluze je tak začlenění mezi ostatní bez toho, aniž by byla narušena individualita a identita jedince. (Kožený, 1976)

Potřeba kontroly je v kontextu této teorie chápána jako potřeba vytvářet a udržet si uspokojivé vztahy k lidem s důrazem na kontrolu a moc. Potřeba kontroly jde opět v obou směrech, tedy od jedince k ostatním lidem (uspokojivé respektování ostatních), tak od ostatních lidí k jedinci (pocit dostatečného respektu ostatních). Pokud je jedinec zvyklý, že za něj vždy dělal rozhodnutí někdo jiný, bude v dospívání a dospělosti patrně zažívat úzkost v situacích vyžadujících řešení a samostatnost. Stejnou úzkost ale bude nejspíš zažívat i takový jedinec, kterému byla ponechána úplná svoboda, a nedostávalo se mu žádného vedení. Potřeba kontroly je pak často manifestována jako touha po moci, autoritě a kontrole událostí současných i budoucích a na druhé straně: touha být kontrolován, respektive být zbavený odpovědnosti. (Kožený, 1976)

Pro potřebu v oblasti afektivní je typická potřeba vytvářet a udržet si uspokojivé vztahy k ostatním s ohledem na lásku, emociální vztahy a afektivní prožívání v dyadickém vztahu.

Afekce je potřeba blízkého emociálního vztahu, tedy schopnost milovat uspokojivě ostatní a zároveň vědomí toho, že je jedinec ostatními milován v dostatečné míře. Jedinec potřebuje vnímat, že je hoden lásky, že se může svěřit a otevřít druhému člověku se svými úzkostmi, přáními a pocity bez toho, aniž by se bál, že ho druhý bude soudit či odmítat. Pokud jedinec nezažil emociální akceptování od ostatních, může z toho plynout úzkost, která vede k jeho stažení se do sebe, vyhýbáním se emociálním vztahům, či se chová naopak povrchně přátelsky a podlézavě. (Kožený, 1976)

Inkluse rozhoduje hlavně o tom, jestli se vztahy jedince a ostatních budou vůbec formovat, kontrola a afekce jsou manifestní ve vztazích již vytvořených. Pro každou ze tří oblastí interpersonálního chování existují podle Schutze vždy 4 typy chování. Chování deficientní, kdy se jedinec nesnaží přímo o naplnění své potřeby. Chování excesivní, které je naopak typické neustálou snahou o uspokojení potřeby. Dále chování ideální, které vede k průběžnému uspokojování potřeb, a nakonec chování obecně patologické. (Kožený, 1976)

Pro potřebu inkluze je deficientní typ osoba introvertní, ostatním se vyhýbající, která si vědomě drží odstup od ostatních lidí. Excesivní typ naopak ostatní vyhledává a přeje si, aby ostatní vyhledávali jeho, zároveň se ale neustále obává, že bude ignorován nebo odmítán. Primárním cílem tohoto chování je získání pozornosti. Sociálně vyrovnaný jedinec se cítí dobře s lidmi i bez nich, vnímá se jako hodnotná osoba a je schopen participovat ve skupině bez toho, aniž by za každou cenu potřeboval pozornost ostatních. Patologické chování je u inkluzivní potřeby projevováno pocity odlišnosti a odcizení od ostatních, kdy se jedinec často nachází ve stavu denního snění, ve svém vnitřním umělém světě, ve kterém je přijímán. Jde o chování doprovázené psychotickou symptomatikou. (Kožený, 1976)

Deficientní typ chování v oblasti kontroly se nazývá abdikrat, jedinec submisivní se sklonem vzdávat se vlivu a odpovědnosti v interpersonálním chování, vyhýbající se rozhodnutí a závazkům. Excesivní jedinec je naopak člověk autokratický, dominantní, snažící se ovládat druhé. Takový jedinec preferuje hierarchický systém, v kterém by mohl vyčnívat nad ostatními. Jedinec cítí stejně jako abdikrat, že není dostatečně schopen rozhodování, a že si to ostatní uvědomují, proto má tendenci využívat oportunisticky všech příležitostí k tomu, aby měl nad ostatními lidmi navrch. Ideální typ chování je opět vyrovnaný, takový jedinec se cítí dobře ve vedoucích i podřízených pozicích, nestaví svoji hodnotu na potřebě moci, jelikož sám vnímá vlastní hodnotu jako dostatečnou. Patologie v oblasti kontroly se

vyznačuje tím, že člověk nepřijímá kontrolu v žádné formě, dříve nebo později dochází k psychopatickému vývoji. (Kožený, 1976)

Afektivně deficientní typ má sklon se vyhýbat intimním osobním vztahům s lidmi. Svoje dyadické vztahy drží na povrchní úrovni a oceňuje, pokud se ostatní chovají podobně. Nevěří tomu, že by ho mohl mít někdo rád, jeho hodnota jakožto láskyhodného člověka neexistuje, má pocit, že si lásku nezaslouží, pokud se nebude velmi snažit, a tak od toho často raději odstupuje. Afektivně excesivní typ se s každým snaží být v nepřirozeně blízkém kontaktu a vztahu, s každým je hned velmi důvěrný. Oba tyto typy chování jsou motivovány silnou potřebou citových vazeb, která je doprovázená úzkostí z odmítnutí. Osoba vyrovnaná je jedinec s pozitivní zkušeností v oblasti emočních vztahů, která dokáže přijmout negativní emociální vztah bez toho, aniž by z toho vyvozoval závěry o vlastní hodnotě. Patologie v této oblasti je obvykle reprezentována anxiózními poruchami v sociální oblasti. (Kožený, 1976)

Inventář sestává ze 6 škál, které jsou reprezentovány 54 tvrzeními, u kterých respondent kroužkuje odpověď na šestibodové stupnici a získá tak pro každou ze tří potřeb dvě subdimenze. Každá ze dvou subdimenzí reprezentuje směr chování; jedna chování od jedince k ostatním, tedy chování vyjadřované (expressed), a druhá chování jedincem vyžadované od ostatních (wanted). (Kožený, 1976)

Pro účely výzkumného projektu byl tento inventář zvolen z důvodu získání povědomí o tom, jak se účastníci výzkumu orientují v interpersonálních vztazích a jaké sklony chování ve vztahu k ostatním mají. Předpokládáme, že úroveň schopnosti interpersonální orientace je spojena i se schopností úspěšně navozovat terapeutické aliance. K této tezi nás vedly závěry vyplývající z výzkumů vztahu terapeutické aliance a stylu attachmentu (Diener & Monroe, 2011) či formování terapeutické aliance u jedinců s poruchami osobnosti a psychotickými onemocněními (Lingiardi, Filippucci, & Baiocco, 2005). Inventář tak měl sloužit i k případnému odhalení jedinců s hodnotami značně se vymykajícími normě. Předpokládáme, že pro takové jedince je obecně těžší navozovat vztahy s ostatními, a proto i formovat terapeutické aliance. Výsledky z inventáře tak mohou sloužit jako vhodný doplněk ke kvalitativní části výzkumu.

4. Postup sběru dat

Testování probíhalo přímo v zařízení DSA. Na ranní komunitě byli hlavním řešitelem výzkumného projektu osloveni ti pacienti, kteří již odevzdali oba podepsané informované souhlasy, jeden jimi samotnými, druhý jejich zákonnými zástupci. Pro účely sběru dat k výzkumu bylo vedoucí lékařkou umožněno využít hlavní místnost, kde probíhají relaxace a skupinové psychoterapie. Místnost je dostatečně izolovaná od zvuků ze zbytku oddělení, a ani z druhé strany není slyšet obsah rozhovoru dvou lidí, což bylo přímo před každým účastníkem výzkumu demonstrováno.

Čas pro využití místnosti byl v rozmezí 9:00 – 9:45, což limitovalo sběr dat na jednoho účastníka denně, jelikož tento sběr dat probíhal individuálně s každým pacientem zvlášť. Ten pacient, který byla na ranní komunitě osloven, byl znovu ujištěn, že si může svoji účast rozmyslet a že je vše dobrovolné, načež byl požádán o přesun do hlavní místnosti. Po tomto ujištění a již zmíněné demonstraci, že z místnosti není nic slyšet, byl každému účastníkovi nejdříve administrován inventář FIRO-B i s komentářem a instrukcemi podle manuálu. Hlavní řešitel výzkumu vždy počkal, jestli účastníci chápou, jak mají inventář vyplňovat a nemají další dotazy. Poté byli necháni v souladu s manuálem 15 minut o samotě. Po dokončení práce na inventáři se hlavní řešitel ujistil, že vše proběhlo v pořádku a zodpověděl případné dotazy týkající se vyplňování.

Po krátké pauze a možnosti si dojít na záchod a napít se následoval již samotný rozhovor. Účastníci byli znovu informováni, že bude rozhovor nahráván, a jakým způsobem bude udělán přepis a kódování. Následoval již samotný rozhovor, který trval od 10 do 20 minut. V jednom případě (5E) byl rozhovor přerušen pedagožkou z DSA, která nevěděla o probíhajícím výzkumu a do místnosti neočekávaně vstoupila. Kromě tohoto narušení proběhl výzkum se všemi účastníky dle očekávání a nebyla nijak narušena integrita výzkumného procesu. Po ukončení rozhovoru byly každý vyplněný inventář a uložená nahrávka rozhovoru opatře stejným kódem. Účastníkům bylo poděkováno a ti se mohli jít dále věnovat svým činnostem v rámci programu.

Výzkum nijak nezasahoval do programu stacionáře a povinnostmi pacientu v rámci programu.

4.1 Způsob přepisu rozhovorů

Rozhovory byly přepisovány samotným autorem výzkumu a hlavním řešitelem Bc. Dominikem Břeňem. Z audionahrávek byly přepsány do aplikace Microsoft Word, kde písmenem „V“ je označen výzkumník a písmenem „P“ pacient, tedy účastník výzkumu. Přepisy jsou pořizeny slovo od slova, není upravována gramatika, syntax ani správnost výrazů.

4.2 Anonymizace dat

Anonymita samotných účastníků výzkumu a dat byla zaručena kódováním. Každý vyplnění inventář FIRO-B a nahrávka z rozhovoru byly označeny kódem v podobě číslice a písmena po sobě jdoucích, tedy 1A až 7G.

5. Metody analýzy dat

5.1 Polostrukturovaný rozhovor

Data z rozhovorů byla zpracována v rámci principů kvalitativní metodologie. Kvalitativní přístup měl v tomto výzkumném designu hned několik výhod. Hledisko toho, že se výzkum zaměřil na oblast, která je v tuzemských podmínkách málo probádaná, je první z nich. Jak již bylo řečeno, ačkoliv existují české studie zabývající se terapeutickou aliancí, jedná se převážně o studie teoreticky zaměřené, které spíše zpracovávají data ze zahraničních výzkumných projektů. A prakticky žádná z nich, alespoň pokud je nám známo, se nezabývá adolescentní klientelou. Pokud k tomu přičteme fakt, že se výzkum odehrával v rámci pracoviště, které je u nás jediné svého druhu, kvalitativní, a tedy i více explorativní přístup se zdal být vhodným způsobem, jak tento výzkum uchopit. Jak uvádějí Čermák & Miovský, kvalitativní metodologie je často používaná jako východisko, stavební kámen a elementární strategie každého výzkumu (2000).

Tento přístup se nicméně zdá být vhodným i bez přihlédnutí k tomu, že jde o velmi málo probádanou oblast. Samotná povaha jedné z hlavních výzkumných otázek, tzn. zkoumání vztahu terapeuta a pacienta ve formě terapeutické aliance, si vyžaduje přístup, který umožňuje zkoumané fenomény chápat v kontextu. Většina dotazníků a inventářů zabývajících se terapeutickou aliancí se sice ptají na všechny její dimenze, často se ale neptají, podle čeho konkrétně tázaní odpovídali. V tomto výzkumu nám šlo i o to zjistit, co konkrétně pacienti vnímají ve vztahu s terapeutem jako nápomocné a důležité, tedy co konkrétně by mohlo u nich přispět k úspěšnému zformování terapeutické aliance. Tyto výzkumné záměry jsou podle nás opět lépe uskutečnitelné pomocí kvalitativní metodologie.

Zpracování dat z rozhovorů bylo rozdělené na dvě části. Nejprve došlo k důkladnému pročtení přepisů rozhovorů. Následovala analýza společných témat-nejprve vytváření kategorií a potom kódování, tj. přiřazování témat a odpovědí k jednotlivým kategoriím. V této části jsme se zaměřili primárně na faktory, které účastníci výzkumu vnímali na straně terapeuta i v celé léčbě jako důležité a nápomocné, a také na to, co by pacienti rádi ve svém životě změnili. Druhá část analýzy se týkala samotné terapeutické aliance a toho, jaké odpovědi uváděli pacienti u otázek, které se týkaly přímo dimenzí terapeutické aliance. Jednotlivé dimenze představovaly kategorie, ke kterým byly kódovány odpovědi. Přehled výsledků je pak sestaven podle stejného uspořádání.

5.2 Inventář FIRO-B

Data z dotazníku byla zpracována podle oficiálního manuálu za pomoci šablony hlavním řešitelem výzkumného projektu. Data jednotlivých účastníků byla posuzována jednotlivě. Vzhledem k nízkému počtu účastníků výzkumu jsme nepřistoupili k posuzování všech účastníků jako jedné skupiny, tedy adolescentů s psychickými obtížemi.

6. Výsledky

6.1 Obecná analýza strukturovaného rozhovoru

Analýzou opakujících se témat jsme určili 2 nadřazené kategorie „**Cíle**“ (v čem se chtějí pacienti zlepšit, co chtějí změnit) a „**Osoba terapeuta**“ (co konkrétně na způsobu práce a osobě terapeuta pacienti oceňují a vnímají jako důležité či nápomocné). Dále jsme, v zájmu větší přehlednosti, pod každou kategorií začlenili další podkategorie, které pokrývají témata opakovaně přinášena zkoumanými pacienty.

6.1.1 Cíle

Do této kategorie patří témata, která účastníci výzkumu vztahovali k tomu, v čem by se chtěli zlepšit, v čem by potřebovali pomoci či co by si přáli změnit.

6.1.1.1 Práce s emocemi a stresem

Účastníci výzkumu často uvádějí problémy spojené s nezvládnutím emocí a stresovými situacemi. Jedna z dívek (1A) uvádí: „*Chci se naučit líp pracovat se stresem, protože mám často panický záchvaty kvůli úplným blbostem*“. A také: „*když se dostanu do stresových situací tak neutíkat, ale řešit to i když to není příjemný*“.

Schopnost řešit emočně náročné situace zmiňují i ostatní. Proband 2B na otázku, v čem by mu mohla léčba pomoci, uvádí: „*...ovládat ty svoje emoce, a celkově bych se mohl naučit abych se znova pod vahou všeho nezhroutil a nedopadl ve stejném stavu, v jakým sem teď*“. A dále: „*...naučit se pracovat s emocema, připravit se na tlak tý školy*“. Probandka 3C na stejnou otázku také uvádí: „*pomoc se začleněním do kolektivu a ovládáním emocí*“, stejně jako probandi 4D: „*pracovat s vlastním emocema*“, a 7G: „*naučit se zvládat emoce*“, a „*líp zvládat stresové situace a ty psychicky náporný situace*“.

6.1.1.2 Získat jiný pohled

Dalším opakujícím se tématem v kategorii cílů byla snaha získání nového přístupu či pohledu na situace a problémy, které pacienti zažívají. Například na dotazy ohledně toho, v čem by mohl být terapeut nápomocný, a co by se rádi naučili během pobytu, uvádějí někteří účastníci toto: „*poupravit ten přístup k těm věcem*“, „*vlastně to i slyšet od jiných lidí, tak to může být k něčemu*“ (1A); „*zjistit nějaký jako pohled jiný na ty věci i než ten můj*“, (4D); a „*získat jinej pohled na věc*“, „*naučit se, jak přemýšlet nad věcmi*“, „*vidět věci v jiném světle*“ (6F); „*rozhodně budu šťastnější, budu mít lepší pocit, nebudu mít takový problémy s učením a s různěma dalšíma věcmi, budu se celkově cítit líp*“ (2B).

6.1.1.3 Režim

Přání nastavit si pravidelnější spánkový a stravovací režim sdílelo hned několik pacientů. Na otázku: „*Jaké jsou cíle Vašeho pobytu na stacionáři?*“ odpovídali: „*A pak právě kvůli bulimickým sklonům si tak nějak urovnat ten jídelníček a obecně si víc zařídit ten režim, protože mám problémy i se spánkem, takže si nějak urovnat ten den, aby ten den byl víc stabilní, než je to teď*“, „*Já nepočítám s tím, že to bude někdy jako úplně 100%, ale spíš se jako chci dostat k tomu stavu, kdy budu schopná cítit hlad v konkrétní časy, naučit se v tom mít systém, co by mělo zlepšit i spánkový režim, ne se plácát ze dne na den, ne když už je fakt potřeba, ale mít to víc automaticky a pravidelně*“ (1A); „*...a režim taky, mám problémy s jídlem, takže jídelníček a spánkovéj režim a tak*“ (3C); „*mít víc kilo rozhodně*“, „*a budu schopná fungovat v normálním životě, ve škole a tak*“ (4D).

Jeden pacient (5E) uvádí toto: „*No mamka mě sem přihlásila, protože nejsem nějak moc schopnej chodit do školy a fungovat tak, jak by se to asi líbilo lidem*“. Na otázku, jestli jsou to tedy i jeho cíle, odpovídá: „*No já bych taky jako chtěl nějak fungovat, ale nevím, jestli je to vůbec jako možný no nějak fungovat*“.

6.1.1.4 Začlenění do kolektivu

Dva pacienti uvádějí problémy se začleněním do společnosti. Jedna dívka (3C) na dotaz, jakým způsobem by jí mohl pobyt na DSA pomoci, uvádí: „*pomoc jakoby se začleněním v kolektivu*“. Na výzvu, aby popsala situaci za předpokladu, že se jí daří své problémy úspěšně řešit, říká: „*Menší konflikty ve škole, nebo třeba žádný, to by bylo fajn, nějaká právě jakoby dosáhnutí lepšího studia, protože kdybych měla větší motivaci se učit, tak bych se dostala na nějakou lepší střední, takže ještě lepší začlenění do kolektivu*“. Přání dalšího chlapce (5E) být členem kolektivu demonstruje tento úryvek:

P: „*No třeba bych mohl zvládat začlenění do společnosti*“

V: „*Jakože by si mohl líp fungovat s ostatníma, jo?*“

P: „*jo*“

Cíle, na kterých by adolescenti účastníci se tohoto výzkumu rádi pracovali, by se daly shrnout do témat **práce s emocemi a stresem, získání jiného pohledu na věc, režim, a začlenění do kolektivu**. Cíle týkající se socializace jsou častým tématem pro adolescentní skupinu obecně (Coupey, 1997), a tak není překvapivé, že se téma často objevovalo i v tomto výzkumném vzorku. Stejně tak reportování problémů s fungováním v každodenním režimu

nebylo moc překvapivé. Právě kvůli neschopnosti dodržovat pravidelné spánkové a stravovací návyky, a s tím spojenou neschopností docházet do školy, jsou častými důvody pro kontaktování zařízení DSA rodiči, kteří si se svými dospívajícími dětmi v tomto ohledu nedokáží poradit. Tato dvě témata tak vycházejí z nároků vnějších okolností, které adolescenti vnímají a z různých důvodů jim nedovedou čelit.

Další dvě témata ale již podle našeho názoru svědčí o větší sebereflexi a přemýšlení nad tím, s čím by mohli mít účastníci našeho výzkumu problém na více osobní rovině. Tato témata se více blíží těm, s kterými do terapie přicházejí dospělí klienti. Prání získat jiný pohled na věc, naučit se novému přístupu k životu a pracovat s tím, jak sami zvládají emočně vypjaté a jiné stresové situace, může poukazovat na to, že pacienti DSA vnímají terapeutickou léčbu na DSA poměrně realisticky. Nemyslí si, že jejich problémy zázračně zmizí, ale že se mohou se svými obtížemi naučit lépe pracovat, jak je patrné z těchto výroků: „když nevím, jestli vyřešit ty problémy, ale minimálně se na to podívat jinak, a vlastně to slyšet i od jiných lidí, tak to může být k něčemu“ (1A); „celkově bych se mohl naučit, abych se znova pod váhou všeho nezhroutil“, „Může mi to zlepšit můj aktuální stav, moji náladu, moje chování, můj přístup k práci a věcem různě“ (2B); „hlavně si to srovnat v hlavě“, naučit se pracovat s perfekcionismem, kterej mám“, (4D); „že bych to celkově líp zvládal tu situaci“ (5E); „To je složitá otázka, mě osobně tak myslím, že mě nemůže to vyléčit. Ale může mě to naučit pracovat s tím problémem, kterej mám, a hlavně si myslím, že třeba mejm rodičům to může otevřít očí, že to není jenom ve mně. Takže nemůže mě vyléčit (pobyt na stacionáři) nějak zázračně, to nejde, ale může mi pomoci“ (6F).

6.1.2 Osoba terapeuta

Další kategorie zahrnuje témata, která se nějakým způsobem vztahují k tomu, co vnímají jako nápomocné a důležité na osobě terapeuta a jeho způsobu práce.

6.1.2.1 Přijímající přístup

Někteří pacienti se v rozhovoru kladně vyjadřovali o přijímajícím způsobu terapeutů. Je pro ně důležité mít pocit, že je terapeut bere takové, jací jsou, zajímá se o ně. Hezky to ilustrují následující výroky: „*Tak je to člověk, kterej ke mně přistupuje jako k někomu, kdo není nemocnej, kdo jako má problém, ale ne že by mě bral, jako bych byla neschopná nebo byla uplně jinde mentálně, jako to dělají jiní lidi. Tenhle terapeut ke mně přistupuje naprosto stejně jako k ostatním lidem*“, „*To, že mě bere jako člověka, že mě vnímá, že není mechanická, že jede i podle intuice svojí a podle toho, jak tomu sama rozumí, ne podle*

nějakejch papírů“, „protože se s tím snaží pracovat i do větší hloubky, než by musel“ (1A); „ten člověk se o to fakt zajímá a není mu to kompletně lhostejný“ (2B); „je to pro mě někdo, kdo jako projevil náznak toho, že se o mě zajímá“, „prostě když mu něco řeknu, tak to nezpochybňuje, snaží se to pochopit“, „že se mi hodně věnuje, a opravdu hodně mi vychází vstříc, neustále mi připomíná, jaké jsou možnosti a stará se o mě“ (4D); „člověk si nepřipadá neviditelný, a že má pocit, že na tom někomu záleží“ (5E); „nějakej pocit porozumění, asi i přijetí“, „taky potom podle toho, jak se ke mně chovají, protože pracují s tím, že tam nějaký problém je a v tý komunikaci jsou hodní a nesnaží se mi nějak uškodit, což jsem zažila s jinejma lidma“, „i když se zaseknu na něčem malým, tak jsou schopni čekat a netlačit, což je super“ (6F); „tahle terapeutka prostě fakt jako se snaží to chápat, řešit a nějak na tom pracovat, že to bere tak důležitý, jako to беру já, i když by to někomu mohlo připadat minoritní ten problém třeba“ (7G)

6.1.2.2 Aktivní naslouchání

Pacienti taktéž oceňovali, jak jim terapeuti naslouchají, doptávají se na jejich pocity a na věci, kterým nerozumí. Z rozhovorů to bylo patrné z následujících výroků: *„hodně poslouchá ty věci, i když jsou někdy složité“, „takže vlastně se mě vždycky ptá, jak sem to prožívala, nejen na to, jestli sem jedla, ale vlastně jak sem se u toho cítila, nebere to jen mechanicky, ale jako prostě fakt se o to zajímá, co se děje ve mně u toho“, „To, že poslouchá, co říkám, a dokáže z toho vytáhnout to důležitý a dokáže to slyšet v tom, co by mohl být ten problém“ (1A); „na těch skupinách nás fakt poslouchá a je super“, „hodně tím, že nějak reflektuje ty naše výlevy a otázky, a všechno možný. A prostě jakoby hlavně tím nasloucháním, protože jsem často měla u jiných terapeutů pocit, že do nich člověk mluví, a oni ho vlastně vůbec neposlouchaj. U ní mám pocit, že to fakt vnímá, i se třeba doptá, jestli to chápe dobře, a tak mám pocit, že to hezky funguje“ (3C); „hrozně důležitá je tam ta důvěra, která mi přijde že právě často vzniká tím, že si člověk může být jistý tím, že ho ten terapeut poslouchá“ (7G)*

6.1.2.3 Zpětná vazba

Zároveň adolescentní pacienti oceňovali, že jim terapeuti dovedou dát zpětnou vazbu a nezůstanou tak jen u akceptace a naslouchání. Demonstrují to i tyto odpovědi na otázku, co na terapeutově přístupu pacienti oceňují: *„zájem, péči a zároveň schopnost řešit, nejenom nějaký soucit, ale i potřeba pomoci, která v tom je hrozně cítit v té péči, nejen soucit, ale i schopnost řešit“ (1A), „že mi dá nějakou radu třeba jak se začít zlepšovat a takový podobný věci“ (2B); „nějakým jako vyjádření svého přístupu k věci, nebo toho, jak si myslí, že bych*

mohla reagovat příště, když sem nereagovala třeba úplně správně, a prostě jejím pohledem na věc“ (3C); „že vlastně je to pro mě způsob, jak si seřadit myšlenky a zjistit nějaký jako pohled jiný na ty věci i než ten můj“ (4D); „snaží se mi pomoci tak, že naslouchá, že i sám navrhuje nějaký řešení nebo tak, nebo i další terapie a postupy“ (5E); „je to v první řadě autorita, takže když řekne, že když budu přemýšlet takhle, tak to bude dělat problémy, tak mám snahu to změnit“, „z pozice toho, že vím, že to je terapeut, že má nějaký zkušenosti, tak sem víc schopná věřit tomu, že to nikam nevynesete, že to je mezi námi“ (6F);

6.1.2.4 Důvěra

Z rozhovorů bylo patrné, že pacienti terapeutům věří a že jim mohou říct cokoliv, že se jim terapeuti snaží pomoci a že jim pomoci umí. Oceňovali jejich vstřícnost a otevřenost, která přispívala právě k tomu, aby terapeutům věřili:

“většina lidí se to nesnaží pochopit, taky mám možnost o tom mluvit úplně otevřeně a probírat to do detailu a nemusím si to nechávat jen v hlavě, co se se mnou děje” (1A); “Vnímám to jako člověka, doktora, kterej mi s mejma problémama pomůže. Jsou tady k tomu, abych se zlepšil”, “To, že tomu člověku věřím, že k němu nemám odpor, že se mu můžu svěřit, že mu můžu říct důležitý věci, a že to bude držet jako naše tajemství a bude s tím nakládat jak je třeba“, „přináší mi to určitý takový uklidnění, že nějaká pomoc tu je, že mám možnost se z toho dostat“, “ že to není jen tak nějakej třeba kamarád, co se jen snaží, ale někdo kdo ví, o čem mluví“ (2B); “jako někoho, komu se můžu svěřit, nebo mu říct, co se se mnou děje a čekat nějakou příjemnou reakci, nebo pomoc”, “od prvního dne byla nejmilejší ze všech a nejvřelejší a prostě to, že jí důvěřuju víc než ostatním” (3C); “je to někdo, komu můžu víc věřit, nebo u koho mám pocit, že mu můžu věřit”, “jak kdyby o mě ten terapeut věděl víc o mě, než já sama o sobě, nevím jak jinak to popsat. Prostě něco řekne, a já s tím souhlasím a vnímám to stejně”, “vstřícnost a otevřenost, že se jako nebojí říct ty věci hodně upřímně”, “že se s ním dá povídat i o jiných věcech než ta léčba a tak” (4D); “je otevřená všem těm možnejm názorům, a pro mě znamená nějakou jako jistotu tady, že vlastně, kdyby mi bylo fakt špatně, tak vím, že za ní můžu jít a požádat ji o individual”, “ale cejtim, že se snaží to chápat nejlíp jak může, a to mi přijde to důležitý. Ono prostě některý věci člověk nemůže znát, dokud si je nezažije, ale tady mi přijde, že už hodně věcí zná z vlastní zkušenosti, a ještě se to jakoby snaží fakt jako pochopit” (7G)

Tématické okruhy, které představovaly důležité a nápomocné faktory na straně osoby terapeuta, jsme tedy shrnuli jako **přijímající přístup, aktivní naslouchání, zpětná vazba a**

důvěra. Celkově bylo znát, jak je pro pacienty důležité cítit z terapeutů autentický zájem o jejich myšlení, prožívání a povahu problémů tak, jak je vnímají samotní adolescenti. Blíže budeme tyto faktory rozebírat v samostatné kapitole.

6.2 Analýza rozhovoru ve vztahu k terapeutické alianci

Jednotlivé kategorie byly tedy určeny dimenzemi terapeutické aliance, konkrétně dimenzí vztahovou, dále souhlasem s cíli terapie, a nakonec postupem a metodami terapeuta. Ke všem dimenzím se přímo vztahovaly uzavřené otázky, které měly ukázat, jestli adolescentní pacienti reportují, že se tyto dimenze v jejich formě terapeutické aliance nacházejí, ačkoliv k celkovému posouzení byla využita data z celého rozhovoru.

6.2.1 Dimenze vztahová

K otázce: „Máte pocit, že terapeut zná dobře Vaše obtíže a chápe, čím si procházíte?“ pacienti uváděli tyto odpovědi: „Ano“ (1A); „*Ne, že by ten člověk prošel tím stejným, ale nějaká úroveň té empatie tam je, že to chápe*“ (2B); „Určitě ano, asi to nemůžu vědět, ale působí to tak na mě, že ano“ (3C); „*Mám pocit, že ví, aspoň do té míry, jak je to jen možné*“ (4D); „*hm, myslím, že jo*“ (5E); „*Jo určitě*“ (6F); „*Jakože je vidět, že prostě ta terapeutka, že si neprošla tím stejným, že některý věci nechápe úplně do detailů, že prostě z některých věcí cejtim, že tam jsou občas nějaký mezery, ale cejtim, že se snaží to chápat nejlíp jak může, a to mi přijde to důležité. Ono prostě některý věci člověk nemůže znát, dokud si je nezažije, ale tady mi přijde, že už hodně věcí zná z vlastní zkušenosti, a ještě se to jakoby snaží fakt jako pochopit*“ (7G)

Následující otázka: „Myslíte, že terapeutovi záleží na tom, abyste se zlepšil?“ generovala odpovědi: „*Jasně, to by tady ani jinak nepracovali*“ (1A); „*Nevím úplně 100%, ale cítím z toho že ano*“ (2B); „*Rozhodně*“ (3C); „*Mhm, mám takový pocit*“ (4D); „*Myslím, že jo*“ (5E); „*Myslím si, že jo*“ (6F); „*Je hrozně vidět, že chce fakt pomáhat a být v tom nejlepší*“ (7G)

Poslední otázka přímo se vztahující ke vztahové dimenzi terapeutické aliance zněla: „Je pro vás kontakt s terapeutem nějakým způsobem důležitý/nápomocný?“ a probandi odpovídali takto: „*Tak určitě, kdybych si tady nenašla někoho, kdo by mi vysloveně sedne, tak se v tom nikdy tolik neotevřu a nebudu to schopná řešit*“ (1A); „*Já bych řekl, že je nápomocnej. Je to takový, napoprvé to byl takovej zvláštní pocit, že jsem se konečně někomu neznámému, takový třetí osobě, zmínil o těch všech problémech, a že ten člověk mi dal takovou oporu. A je to takovej ujišťující pocit, že je nějaká ta možnost, že nějaká ta cesta k tomu zlepšení je.*“

(2B); „Určitě, rozhodně ano“ (3C); „Momentálně je pro mě opravdu důležitý“ (4D); „Jo“ (5E); „Asi jo, jo určitě je“ (6F); „Jakože jo přijde mi prostě, že vlastně na skupiny s touhle terapeutkou se vyloženě těším, a prostě si tohohle člověka vážím, je to vždycky nějak přínosný, je to pro mě důležitý“ (7G)

6.2.2 Dimenze souhlasu s cíli terapie

Jak již bylo řečeno, konkrétní cíle léčby byly diskutovány v explorační části rozhovoru a také pomocí doplňujících dotazů. Otázky přímo směřující k této dimenzi terapeutické aliance pak byly uzavřené a spíše konfirmačního charakteru.

Na otázku: „*Máte pocit, že sdílíte s terapeutem stejné cíle Vaší léčby?*“ odpovídali respondenti: „*Určitě, nebo doufám*“ (1A); „*Myslím si, že jo*“ (2B); „*Rozhodně, jojo*“ (3C); „*Jako já si myslím, že to rozhodně podporuje*“ (4D); „*Asi jo*“ (5E); „*Myslím si, že jo*“ (6F); „*Řekla bych, že jo. Možná ze začátku jsme to neměli úplně vyjasněný to, jak to vnímám já, a jak ona ten můj problém. Ale potom, když jsme se nezaměřili na to, jaký ten problém je, ale spíš na to, co jsou ty cíle, tak to začalo dávat mnohem větší smysl*“ (7G)

Poslední otázka k dimenzi cílů zněla: „*Máte pocit, že pracujete na stejných cílech jako terapeut?*“. V rozhovoru pak probandi uváděli tyto odpovědi: „*Jojo, my jsme to probírali hodně*“ (1A); „*Myslím si, že jo*“ (2B); „*Jo, někdy jo*“ (3C); „*Mám pocit, že jo*“ (4D); „*Asi jo*“ (5E); „*Asi spíš ne*“ (6F); „*Mám pocit, že jo*“ (7G)

Další otázka „*Mluvili jste někdy o cílech léčby s terapeutem?*“ pak produkovala odpovědi: „*Jo, mluvili jsme o tom*“ (1A); „*Neřekl bych úplně, ale myslím, že na těch stejnejch cílech pracujeme*“ (2B); „*Rozhodně, hlavně na tý skupinový terapii, mluví tam hlavně ona, a proto asi k ní(terapeutce) mám i lepší vztah*“ (3C); „*Jojo mluvili, nejvíc ohledně té anorexie*“ (4D); „*Ne*“ (5E); „*Jen na začátku trochu*“ (6F); „*No jakoby jo, teda já budu konkrétní, aby to dávalo smysl, já mám podezření na hraniční poruchu osobnosti, a tady jsem to jako jednou řekla, a oni mi řekli, teda ta terapeutka, o který se bavíme, že mi to nemůžou diagnostikovat, dokud mi není 18, ale shodli jsme se na tom, že mám ty rysy, a pravděpodobně se toho nejde úplně zbavit, ale můžu se to naučit zvládat a vést normální život*“ (7F)

6.2.3 Dimenze souhlasu s postupem a metodami léčby

Stejně jako u dimenze souhlasu na cílech terapie byly otázky vztahující se k této dimenzi kladeny již po exploraci toho, jak adolescenti na svých problémech v rámci léčby plánují pracovat. Otázky tak byly opět více uzavřené a jejich primární účel byla explicitní konfirmace toho, zda s metodami a postupem práce terapeutů na DSA adolescenti souhlasí či nikoliv.

Na otázku „Souhlasíte s tím, jak na tom (cílech léčby) s terapeutem pracujete?“ probandi uvádí: „*Tak jasné, že to není příjemný, ale vlastně jo, nejde to přes nějakou hranici, není to pohádka, jsou to citlivý téma, citlivy věci, a když se v tom člověk nějak patlá, tak to není hezký, ale musí se to*“ (1A); „*Já s tím souhlasím, nepřípadá mi na tom nic špatnýho nebo zvláštního, mě to vyhovuje, nemám teda tušení jak to funguje, ale souhlasím s tím*“ (2B); „*Rozhodně, mhm*“ (3C); „*Myslím, že jo*“ (4D); „*Jo*“ (5E); „*Jo to jo, i když ten program tady mi to ztěžuje, jelikož já mám všechno přes elektroniku, a to tady nejde*“ (6F); „*Vono je to takový, že ty záměry tady nejsou tolik, naučit se s tím pracovat, ale spíš ty máš depresi, my vás vyléčíme. Ale mě to spíš učí fungovat v těch normálních životních situacích, že mě třeba i nějaký terapeuti naštvou a já mám chuť se zvednout, praštit dveřma a jít, ale prostě to neudělám a učím se to v klidu zvládnout, což je dobrý. Ale jinak souhlasím s tím, že by mi to mělo nějak pomoci, a třeba s těma režimovejma věcmi třeba souhlasím určitě*“ (7G)

Další otázka z této kategorie: „Máte pocit, že to, co terapeut dělá, Vám může pomoci?“ přinesla následující reakce: „*Snad jo, doufám v to*“ (1A); „*Myslím si, že jo*“ (2B); „*Jojo, cítím se dobře už v tom, že někdo takovej je, že mám možnost ho vidět pravidelně, a že mi třeba jakoby právě pomáhá*“ (3C); „*Může mi to pomoci, mám pocit, že to je prostě součástí té léčby, ať už jako najít nějaký nový způsob, jak se na ty věci dívat, nebo nový způsob fungování, tak*“ (4D); „*No tak snaží se mi pomoci tak, že naslouchá, že i sám navrhuje nějaký řešení nebo tak, nebo i další terapie a postupy*“ (5E); účastník výzkumu 6F kývá na souhlas; „*jojo, určitě*“ (7G)

Poslední otázka z této kategorie zněla takto: „Věříte, že Vám terapeut s Vašimi obtížemi dokáže pomoci?“ a odpovědi na ní byly následovné: „*Jo*“ (1A); „*Jo, věřím*“ (2B); „*Rozhodně, ještě to bude chtít nějaký čas, ale určitě ano*“ (3C); „*Věřím tomu, že mi opravdu může pomoci. Musím na tom pracovat sama, ale rozhodně mi může pomoci*“ (4D); „*S něčím asi jo trochu*“ (5E); „*Jo, že mi pomůže pracovat s tím, co se mnou je a naučí mě, jak bych*

mohla fungovat mezi lidma, co nemají takový problémy“ (6F); „Jojo, určitě mi může pomoci to zvládat, i když teda jako nemůže mi možná pomoci úplně konkrétně, jelikož nemáme individuál, ale pomáhá mi i těma skupinama právě, měli jsme super sezení o motivaci a jak fungovat na vysoký škole a to mi přišlo fajn třeba“ (7G)

6.3 Výsledky inventáře FIRO-B

Jednotlivé škály jsou prezentovány velkými písmeny „I“ (inkluze), „C“ (kontrola) a „A“ (afekce). Malé písmena „e“ a „w“ potom odkazují na chování vyjadřované (expressed) a vyžadované (wanted).

Výsledky jsou uvedené v tabulce u každého probanda zvlášť spolu s hodnotami, které v rámci standardizace uváděli adolescenti s průměrným věkem 16,5 let.

Účastníci	Ie	Iw	Ce	Cw	Ae	Aw
1A	7	8	8	7	6	9
2B	4	4	3	3	4	5
3C	8	8	9	7	4	8
4D	5	8	7	6	6	5
5E	0	0	0	1	4	5
6F	3	0	1	9	3	2
7G	7	9	1	7	6	8
Průměrný věk 16,5 let	5,2	5,1	4,2	4,2	5,0	5,8

Tabulka 1 Výsledky inventáře FIRO-B

Skóry 0-1 a 8-9 jsou extrémně nízké a extrémně vysoké a předpokládá se chování kompulzivního charakteru; skóry 2-3 a 6-7 jsou nízké a vysoké a předpokládá se chování osob v daném směru; skóry 4-5 jsou skóry hraniční a osoby se zdají být vyrovnané s tendencí k chování popsanému pro nízké a vysoké skóre (Kožený, 1976).

Inkluze: nízké Ie značí, že osoba se mezi lidmi necítí dobře a bude mít sklon se jim vyhýbat, vysoké Ie naznačuje opak; osoba je ráda mezi ostatními lidmi s tendencí tento kontakt vyhledávat. Nízké Iw vypovídá o tendenci jednotlivce stýkat se jen s malým počtem lidí, vysoké Iw pak o silné potřebě být přijímán ostatními a patřit k nim. (Kožený, 1976)

Kontrola: Nízké Ce skórují jedinci vyhýbající se rozhodování a přebírání odpovědnosti, vysoké Ce nacházíme u jedinců, kteří přebírají odpovědnost s vůdčí rolí. Cw nízké naznačuje, že osoba si nepřeje být kontrolována a Cw vysoké odráží potřebu závislosti a váhavost při rozhodování. (Kožený, 1976)

Afekce: Ae nízké naznačuje, že se osoba je velmi opatrná při navazování blízkého intimního vztahu, Ae vysoké vypovídá o skutečnosti, že jedinec má sklon navazovat těsné citové vazby. Aw nízké skórují jedinci velmi opatrní při výběru osob, se kterými vytváří hlubší emociální vztahy, vysoký skór Aw je typický pro osoby, které vyžadují, aby ostatní vždy iniciovali blízké emociální vztahy k nim. (Kožený, 1976)

7. Interpretace výsledků ve vztahu k výzkumným otázkám

7.1 Dochází u účastníků výzkumu ke zformování terapeutické aliance s nějakým členem terapeutického týmu působících na DSA? A pokud k jejímu zformování dochází, jsou naplněny všechny její dimenze?

Odpověď na tuto otázku je těžká vzhledem k výzkumnému designu a nemožnosti využití oficiálních nástrojů. Tyto limity budou ještě diskutovány v samostatné kapitole.

Ze samotné povahy tohoto výzkumu, tj. k jeho kvalitativní metodologii, nemůžeme reportovat prostou konfirmaci anebo naopak rozpor s tím, jestli k formování terapeutických aliancí obecně u adolescentní klientely v léčbě v rámci zařízení DSA dochází. Nicméně z dat z rozhovorů s adolescenty, kteří se výzkumu účastnili, se zdá, že dimenze, které terapeutickou aliancí tvoří se v jejich vztahu s terapeutem objevují. Tři dimenze terapeutické aliance podle konceptu Bordina byly prošetřeny jak uzavřenými otázkami, tak i navazujícími otevřenými dotazy, které byly pokládány, mimo jiné, za účelem důkladného prozkoumání všech dimenzí.

Vypadá to, že účastníci výzkumu terapeutům věří, že chápou povahu jejich problémů, že jim záleží na tom, aby se pacienti zlepšili a v neposlední řadě vnímají tento kontakt s nimi jako důležitý a nápomocný. **Tyto faktory poukazují na vztahovou dimenzi terapeutické aliance a mohou tedy část jejího zformování potvrzovat.**

Adolescenti ve výzkumném rozhovoru dále uvádějí, **že souhlasí s cíli léčby a s tím, na čem by měli pracovat.** Dále uvádějí, že terapeuti s nimi tyto cíle sdílejí a že o nich explicitně s terapeuty mluvili. Jen jeden proband uvádí, že o cílech s terapeutem nemluvil vůbec, a druhý, že jen na začátku léčby. Nicméně se zdá, že u této dimenze účastníci výzkumu také reportují její úspěšné zformování, jelikož ačkoliv dva zmínění probandi neuvádějí, že by o nich s terapeuty mluvili, reportují pocit toho, že tyto cíle sdílí a že jsou to cíle, na kterých hodlají pracovat.

V dimenzi souhlasu s metodami a postupem léčby, které terapeut do práce s pacienty přináší, pak probandi uvádějí, že **souhlasí s metodami léčby a tím, jak na svých cílech pracují.** Zároveň reportují, jakým způsobem terapeut pracuje, jak jim může pomoci a jestli terapeut pomoci dokáže. I v tomto ohledu to vypadá, že ke zformování této části terapeutické aliance v určité formě došlo.

Celkově se podle výsledků zdá, že se pacientům DSA účastnícím se tohoto výzkumu daří úspěšně formovat terapeutické aliance s terapeuty zde působícími. Ačkoliv v tomto výzkumu shledáváme, že terapeuti DSA s účastníky výzkumu skutečně tvoří terapeutické aliance, vyvarovali bychom se rádi obecnějším závěrům vztahujícím se k celé této cílové skupině.

7.2 Jak účastníci výzkumu vnímají osobu terapeuta a léčebné postupy v rámci DSA ve vztahu k vlastní léčbě?

Z výsledků podle nás vyplývá následující: Pacienti, kteří se účastnili výzkumu, vnímají osobu terapeuta jako někoho, komu záleží na tom, aby se jim dařilo své obtíže zlepšovat. Zároveň věří, že jim terapeut dokáže pomoci, stejně jako metody, které k tomu využívá. Pacienti oceňují, že se je opravdu snaží pochopit a pochopit povahu jejich obtíží. Cítí, že se mu mohou svěřit bez obav z odmítnutí. Pacienti se cítí být terapeuty přijímáni a cení si jejich zpětné vazby, názorů a rad, které jim dovedou poskytnout.

Výše řečené se váže k faktorům, které pacienti označovali za nápomocné a důležité u více terapeutů zároveň. Nemůžeme tak říct, že by všichni terapeuti, s kterými pacienti přišli do styku, splňovali vše výše zmíněné nebo že by všechny faktory reportovali všichni pacienti. V otázkách zaměřených na terapeutickou alianci již ale v drtivé většině odpovědí nacházíme výpovědi o důležitosti a nápomocnosti terapeutického kontaktu, o důvěře v pomoc terapeuta a že to, co dělají, jim pomáhá. Tyto výpovědi v nás budí důvěru, že výše zmíněné faktory u terapeutů pacienti skutečně nacházejí.

7.3 Jaká je interpersonální orientace účastníků výzkumu (měřeno FIRO-B), a jak se tato orientace může projevovat při formování terapeutické aliance?

Při interpretaci výsledků inventáře FIRO-B je potřeba brát v úvahu nejen to, jak se skóry blíží extrémním hodnotám, ale i vztah mezi vyjadřovaným (e) a vyžadovaným (w) chováním. Skóry nabývající vysokých až extrémních hodnot naznačují kompulzivní jednání, a skóry velmi nízké mizivou až neexistující investici v dané oblasti. Nicméně je důležité posuzovat právě i soulad či nesoulad mezi „e“ a „w“. Skóry podobné intenzity naznačují, že se jedinec nejspíš chová způsobem, který odpovídá jeho potřebě v dané dimenzi. Čím větší je pak diskrepance uvnitř jedné škály, tím více dochází k vnitřním konfliktům a frustraci jedince v dané oblasti. Jednotlivé škály by se také neměly posuzovat zcela izolovaně, jelikož způsob jedincovy orientace v jedné oblasti ovlivňuje interpersonální aktivity i v dalších oblastech. (Kožený, 1976)

K této výzkumné otázce se výlučně vztahovaly výsledky z inventáře FIRO-B. Vzhledem k malému vzorku a kvalitativní metodologii výzkumu se nám zdá vhodné interpretovat výsledky každého účastníka zvlášť.

Proband 1A skóroval jen vysoko a extrémně vysoko. Cítí se nejspíš dobře mezi lidmi a má silnou tendenci kontakt s nimi vyhledávat, zároveň má silnou potřebu být ostatními přijímán a patřit k nim. Reportuje snahu o přebírání odpovědnosti, nicméně při rozhodování může pociťovat váhavost, a výsledky také naznačují, že si není jistý vlastními soudy a uvítal by vedení a kontrolu. Tento jedinec má sklon navazovat těsné citové vztahy, od ostatních pak vyžaduje neselektivní bezpodmínečné přijímání. Proband v žádné z dimenzí nevykazuje diskrepanci. To, co vyžaduje od ostatních, jako by sám projevoval. Zcela očividně stojí o blízkost s ostatními a nedělá mu problém navazovat i blízké emociální vztahy, dokonce je sám iniciuje. Na oplátku čeká stejné okamžité přijetí konfirmaci vlastní osoby i chování, není si tedy dostatečně jistý sám sebou, ačkoliv navenek může působit naopak.

Proband 3C skóruje velmi podobně jako proband 1A vysoce až extrémně vysoce ve všech oblastech až na oblast afekce, kde dochází ke značné diskrepanci. Shodují se v potřebě kontaktu s ostatními a touze být přijímán, mezi lidmi se cítí nejspíš dobře. V oblasti kontroly také vykazuje podobné tendence, tzn. snahu o přebírání odpovědnosti a touhu být ve vůdčí roli, stejně tak spojenou s nejistotou, pokud se v této roli ocitá, a potřebou konfirmace od ostatních. Jak bylo naznačeno, velmi se liší v oblasti afekce, a to v rámci vyjadřovaného chování, kdy projevuje opatrnost při navazování blízkých vztahů, ačkoliv od ostatních é čeká automatické přijetí a vyžaduje od nich bezpodmínečné přijímání. Tyto výsledky naznačují, že v běžném kontaktu tento jedinec nemá problém, bude nejspíš společenský a hovorný, ale patrně bojuje s velikou nejistotou, není si jistý, jestli bude přijímán. Sám se “jen tak” neotvírá hlubším emočním vazbám.

Proband 4D má jako předchozí dva také silnou potřebu být ostatními přijímán, ale už se tak dobře mezi nimi necítí. V oblasti inkluze tak dochází k diskrepanci, která může vést k frustraci a vnitřnímu rozkolu. V oblasti kontroly skóruje vysoko, a proto se opět dá mluvit o snaze přebrat odpovědnost a vůdcovskou roli, nicméně je na ostatních závislý a při rozhodování váhá, vyžaduje být pod kontrolou. Tento jedinec vykazuje silný sklon navazovat úzké citové vazby a zároveň potřebuje být přijímán ostatními.

Proband 7G vykazuje ve výsledcích mírnou diskrepanci v oblastech inkluze a afekce. Cítí velmi silné nutkání být přijímán a kontakt s lidmi mu je celkem příjemný, od ostatních

vyžaduje apriorní přijetí a hluboké citové vazby aktivně vyhledává. V oblasti kontroly dochází k extrémní diskrepanci, která je ale pro určitý typ lidí častá. Jedinec se velmi vyhýbá přebírání zodpovědnosti, a zároveň je silně závislý na ostatních a jejich kontrole.

Diskrepantní rysy mají výsledky i probanda 6F, který se necítí moc dobře mezi lidmi a nejspíš se jim často vyhýbá, navíc tíhne jen k malým skupinkám a v sociální oblasti je nejspíše slabý. Další skóry naznačují, že se zcela vzdává kontroly ve prospěch ostatních a je také zcela závislý na cizích rozhodnutích. V oblasti afekce je pak znát opatrnost jak při navazování blízkého intimního vztahu v samotné dyádě, tak i při výběru osob, se kterými tyto vztahy vytváří.

Proband 2B skóruje většinou v hraniční oblasti, popřípadě v nižších skórech. Vypadá to, že má spíše tendenci se lidem vyhýbat, nemá tak silnou potřebu k ostatním patřit a obecně se mezi lidmi necítí dobře. Nevykazuje potřebu confirmace svého chování ostatními, nepřeje si být kontrolován a vyhýbá se přebírání zodpovědnosti a rozhodování. Celkově tento jedinec vykazuje známky toho, že s lidmi nerad interaguje a je opatrný při navazování blízkých vztahů. Zároveň ale výsledky naznačují, že o blízkost ostatních stojí, nicméně očekává, že budou bližší emociální vztahy iniciovat ostatní.

Proband 5E reportuje extrémně nízké skóry v oblasti inkluze a kontroly. Jakoby kontakt s lidmi odmítal na všech úrovních, necítí se mezi nimi dobře, a necítí ani potřebu být ostatními jakkoliv přijímán. Odmítá přebírat odpovědnost a rozhodovat se, zároveň si ale ani nepřeje být kontrolován. Tento jedinec je nejspíš vybíravý a opatrný při navazování vztahu, a je pro něj těžké přijmout fakt, že by mohl být přijímán ostatními.

Tato skupina probandů vykazuje obecně určitý nesoulad v interpersonálních vztazích a obtíže při jejich navozování. Dá se předpokládat, že toto je faktor, který může negativně ovlivňovat podmínky, v kterých se jednotlivé dimenze terapeutické aliance formují. Primárně takto přemýšlíme o vztahové dimenzi. Jedinci vykazující nesoulad ve vztazích obecně mohou mít větší nároky na terapeutickou, jelikož je na terapeutovi aby vedl léčbu směrem, který formování terapeutických aliancí umožňuje.

7.4 Shrnutí a diskuze nad výsledky ve vztahu k výzkumným otázkám

Přesto, že účastníci výzkumu reportují obtíže v interpersonální orientaci jak ve vyjadřovaném, tak vyžadovaném chování a dalo by se předpokládat jejich složitější zapojení do terapeutického procesu, zdá se, že se jim daří vnímat kontakt s terapeutem povětšinou

jako nápomocný a prospěšný. Dokonce se zdá, že jsou schopni formovat terapeutické aliance, alespoň jak vyplývá z tohoto výzkumu. Osobu terapeuta pak vnímají pozitivně, jako osobu, která je jim schopná pomoci, která s nimi sdílí jejich cíle, a které také záleží na tom, aby se jim dařilo zlepšovat jejich obtíže.

I když pacienti nemluvili o stejné osobě, ale dohromady o 4 terapeutech, shodují se v tom, co vnímají jako důležité a nápomocné, i v tom, co na terapeutovi oceňují a co jim v léčbě pomáhá. Interpersonální orientace pacientů účastnících se výzkumu je podle všeho také velmi odlišná, přesto dochází k podobným závěrům a reportují stejné faktory, které ve vztahu s terapeutem vnímají jako významné.

Tyto skutečnosti jsou v souladu se závěry jiných výzkumníků prezentované v teoretické části práce, čili že právě osoba terapeuta a jeho schopnosti určují lépe než faktory na straně pacienta, jestli dojde ke zformování terapeutické aliance, či nikoliv (Baldwin et al., 2007; Baier, Kline & Feeny, 2020; Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Wampold & Bolt, 2006).

Zdá se, že v rámci terapeutické práce s pacienty na DSA se tak terapeutům daří pracovat způsobem, který může napomáhat formování terapeutických aliancí. Tento výzkum může sloužit nejen k tomu, abychom potvrdili význam terapeutické aliance v léčebném procesu adolescentů, ale i lépe pochopili, které konkrétní faktory za dimenzemi aliance stojí a co je v práci terapeuta a jeho osoby vnímáno jako důležité a nápomocné.

Vzhledem k závěrům, ke kterým jsme došli při zkoumání toho, jak pacienti vnímají terapeuty a jeho práci, lépe rozumíme tomu, co v tomto případě přispívá k formování terapeutických aliancí a jejich jednotlivých dimenzí. Faktory jako vřelost, ochota pomoci, otevřenost a respekt, které se objevují v našem výzkumu, se shodují se závěry i jiných studií, které se zabývaly terapeutickou aliancí (Duncant et al., 2009; Hilsenroth, Cromer & Ackerman, 2012; Lambert & Barley, 2002). Tyto faktory obecně přispívají k tomu, aby klient navázal afektivně vztahovou rovinu s terapeutem (bond), aby věřil, že to, co s terapeutem dělá mu může pomoci (task) a nastavuje prostředí v němž, se nemusí klient bát komunikovat své cíle (goal) (Bordin, 1979).

8. Diskuze k limitům výzkumu a budoucí implikace

Samotná povaha výzkumu, tj. kvalitativní metodologie a přístup, může být stěžejním limitem tohoto projektu. Sledované proměnné jsou sledovány na specifické cílové skupině, bez přítomnosti skupiny kontrolní. V žádném případě nemůžeme vytvářet ze zjištěných skutečností kauzální závěry nebo je zobecňovat dále než na zkoumaný vzorek. Otázky byly navíc tvořeny samotným autorem projektu, který se sice inspiroval oficiálními dotazníky a vycházel ze studia literatury, nicméně jeho zkušenost se sběrem dat v této formě je omezená a stále na úrovni studenta, nikoliv experta. Zpětně vnímáme, že by bylo vhodné se zaměřit i na faktory, které pacienti vnímají negativně, a tím zaručit větší objektivitu posuzovaných a reportovaných faktorů.

Malý počet probandů je dalším limitem studie. Původně bylo podle projektu v plánu získat data od dvojnásobného počtu pacientů, nicméně situace spojená s pandemií COVID-19 tento plán zhatila. Pracoviště DSA bylo většinu času zavřené. Už takto jsme sběr dat v tomto diplomovém projektu museli odložit o půl roku, a 7 účastníků výzkumu bylo maximum pacientů, kteří s výzkumem souhlasili.

Tím se dostáváme k další možné limitaci, a tou je dobrovolnost výzkumu. Ačkoliv jsme se v zájmu etiky snažili o to, aby se výzkumu neúčastnili ti, kteří neměli zájem, může tento fakt ve výsledku pohled na cílovou skupinu v rámci pracoviště zkreslovat. Dá se předpokládat, že pacienti účastníci se výzkumu jsou jedinci, kteří v léčbě spolupracují a vnímají ji a též terapeutický personál převážně pozitivně. Předpokládáme, že jde o motivované pacienty, kteří v neposlední řadě vnímají, že by jim léčba mohla být prospěšná. Tito probandi jsou navíc specifictví v tom, že pocházejí z Prahy a jejího okolí, nejde tedy o reprezentativní vzorek v rámci naší země.

Samotná přítomnost autora projektu, který na pracovišti v nějaké formě působí, tj. s terapeutickým týmem spjatá, může být intervenující proměnnou. Participanti o této skutečnosti věděli a můžeme proto předpokládat vliv desirability reportovat odpovědi převážně kladné. Ačkoliv studie naznačují, že v reportování terapeutické aliance nepřekáží a výsledky nezkresluje ani přítomnost terapeuta, kterého se hodnocení týká (Reese et al., 2013), považujeme toto za možnou intervenující proměnnou. Navíc se výzkum odehrával přímo na pracovišti DSA, vhodnější by mohlo být neutrální prostředí, či prostředí bližší pacientům. Sběr dat na tomto místě mohl také probandy v odpovědi na otázky ovlivnit, ačkoliv byli ujištěni o tom, že rozhovor v jiných místnostech slyšet není. Převážná část

klientely stacionáře je ženského pohlaví a v terapeutickém týmu je přítomen jen jeden muž. Takto disproportionální rozdělení se odrazilo i ve zkoumaném výběru pacientů. Tyto charakteristiky je tedy také třeba brát na zřetel, jelikož skupina všech zúčastněných je genderově velmi nevyvážená, osoby ženského pohlaví značně převládají.

Výsledky také mohly být zkresleny přáním pacientů zlepšovat své obtíže a problémy, což by mohlo vést k tendenci reportovat metody a osoby terapeutů pozitivněji, v zájmu konfirmace vlastního přání.

Ve výzkumu jsme nepřikládali důležitost tomu, s jakou konkrétní diagnózou se pacienti na DSA léčí. Zpětně vnímáme, že by bylo vhodné znát přesnou povahu problémů jednotlivých účastníků výzkumu pro lepší porozumění toho, jak a u koho terapeutická aliance funguje, a které další faktory do tohoto vztahu vstupují.

V ideálním případě by bylo vhodné do výzkumu zapojit i terapeutický tým a rodiče pacientů, což by mohlo vést k lepšímu porozumění zkoumaných faktorů.

Tento výzkum by mohl sloužit jako inspirace pro budoucí práci na ověřování síly terapeutické aliance v tuzemských podmínkách a pro adolescentní klientelu. Jak již bylo řečeno, studií, které by se touto problematikou u nás zabývaly, je poskrovnu. Vhodné by bylo zaměřit se na opakované dlouhodobější sledování subjektů a zaměřením se i na faktory vedoucí k ukončení terapeutické léčby. Obecně nám přijde prospěšné soustředit se na faktory, které pacienti vnímají negativně. Korelační studie s dalšími cílovými skupinami či jinými zařízeními by také mohla být přínosem pro porozumění zkoumaných fenoménů.

Celkově by tento směr výzkumu mohl vést k lepšímu pochopení terapeutické aliance ve specifických podmínkách, a tím pádem i ke tvorbě programů, které by pomáhaly terapeutům s pacienty v tomto směru lépe pracovat.

9. Závěr

Tato práce se primárně zaměřila na koncept terapeutické aliance a na její význam u adolescentní klientely docházející na denní stacionář. Tento koncept je již desítky let považován za důležitý faktor terapeutického procesu, a pokud mluvíme o terapeutickém vztahu v kolaborativním slova smyslu a ve smyslu faktoru predikující úspěšnou léčbu, potom mluvíme právě o terapeutické alianci. Pro přiblížení toho, jak tato aliance vypadá a funguje, jak se koncept historicky vyvíjel, a jaké specifické faktory pomáhající naopak brání jejímu zformování, jsme představili výběr ze současné i starší literatury. Použité studie v této práci pocházely v drtivé většině ze zahraničí, tuzemský výzkum se tímto konceptem tolik nezabýval. Specifika vybrané cílové skupiny ve vztahu ke zkoumanému jsou v práci taktéž diskutována, ačkoliv ani zahraniční výzkum se na adolescenty nezaměřuje v takové míře jako na dospělou klientelu.

Ve výzkumné části práce jsme se zaměřili na to, jak adolescenti vnímají osobu terapeuta a jeho způsob práce, zda dochází ke zformování terapeutických aliancí a jak jsou na tom pacienti v rámci interpersonální orientace. Tyto výzkumné otázky byly zkoumány pomocí polostrukturovaných rozhovorů a inventáře FIRO-B se 7 adolescentními pacienty. Kvalitativní analýzou opakujících se témat jsme určili faktory, které pacienti vnímají jako důležité a nápomocné u osoby terapeuta. Konkrétně šlo o pocit důvěry, dostávání zpětné vazby a snaha poradit, vědomí toho, že je terapeut opravdu vnímá a poslouchá, a v neposlední řadě pocit přijetí. Nejen, že samotné určení těchto faktorů může pomoci při pochopení toho, co je v terapeutickém procesu pro pacienty DSA důležité, zároveň tato zjištění přispěla k hlubšímu porozumění, jestli a jakým způsobem se mezi terapeuty a zkoumanými pacienty formovaly terapeutické aliance. Odpovědi z explorativní části rozhovoru, i z části, která se již cíleně na tento koncept zaměřovala, naznačují, že u těchto zkoumaných subjektů by skutečně k rozvoji aliancí s terapeuty mohlo dojít. Limity výzkumů ale nedovolují tyto závěry rezolutně potvrdit. Tato práce se ostatně potýkala s celou řadou limitů, které jsou v práci podrobně rozebrány. Data z inventáře FIRO-B poukazují na to, že zkoumaní pacienti vykazují problematickou interpersonální orientaci, což se dá předpokládat. Zdá se ale, že tyto překážky nebrání ve vzniku terapeutické aliance, jak je již naznačováno studii diskutovanými v teoretické části práce.

Tato práce nemůže uspokojivě odpovědět na všechny výzkumné otázky, nicméně její přínos vnímáme v tom, že pomohla poodhalit způsob, jakým adolescentní pacienti účastníci se

výzkumu vnímají osobu terapeuta a konkrétní faktory podporující vznik terapeutické aliance. Výsledky také naznačují a podporují již jinými autory proklamovaná tvrzení, že bez ohledu na intervenující faktory na straně pacienta může dojít k formování terapeutických aliancí, pokud faktory na straně terapeuta vznik této aliance umožňují a posilují.

10. Seznam použité literatury

- Anker, M. G., Duncan, B. L., Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple outcomes. A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77
- Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*. 2011 Oct 18;2:270. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270. PMID: 22028698; PMCID: PMC3198542.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, EC: American Psychological Association.
- Bachelor, A., Laverdiere, O., Gamache, D., & Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 175-192.
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 101921. doi:10.1016/j.cpr.2020.101921 "
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C, Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C, et al. (2001). Service profiling and outcome benchmarking using the COREOM: Toward practice based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the Formation of the Therapeutic Alliance from the Client's Perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311–323. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.311>
- Beutler, L. E. Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bibring, E. (1937). Symposium on the theory of the therapeutic results of psycho-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 125–189
- Bohart & L. Greenberg (1997.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252–260.

- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 162–171. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.162>
- Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T., and Davis, M. S. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry* 52, 339–350
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., and Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy* (Chic.) 43, 271–279
- Coupey, S. M. (1997). *INTERVIEWING ADOLESCENTS*. Pediatric Clinics of North America, 44(6), 1349–1364. doi:10.1016/s0031-3955(05)70563-0
- Crowe, T. P., and Grenyer, B. F. S. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clin. Psychol. Psychother.* 15, 239–246.
- Čermák, I., Mioviský, M. (Eds.) (2000) *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno, Boskovice: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Scan, 10-21
- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician predictors of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy Psychosomatics*, 79(6), 378–385. doi:[10.1159/000320895](https://doi.org/10.1159/000320895).
- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K., & Wood, J. J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(6), 751–758. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01996.x.
- Cramer, D. (1986). An item factor analysis of the revised Barrett-Lennard Relationship Inventory. *British Journal of Guidance & Counselling*, 14(3), 314–325. <https://doi.org/10.1080/03069888600760321>
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81–91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances?: A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16, 268–2
- Despland, J. N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 155–164

Del Re A.C., Flückiger C., Horvath A.O., Symonds D., Wampold B.E.. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012 Nov;32(7):642-9.

Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237–248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>

Dinger U, Zimmermann J, Masuhr O, Spitzer C. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy: The contribution of patients' symptom severity. *Psychotherapy (Chic)*. 2017 Jun;54(2):167-174. doi: 10.1037/pst0000059. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27991813.

Dotazník interpersonální orientace FIRO-B: příručka pro administraci, interpretaci a vyhodnocování testu. (1976). *Psychodiagnostické a didaktické testy*.

Duncan, B. L, Miller. S. D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client directed outcome informed therapy* (Rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2009). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (Second Edition). American Psychology Association.

Duppong Hurley, K., Lambert, M. C., Gross, T. J., Thompson, R. W., & Farmer, E. M. Z. (2017). *The Role of Therapeutic Alliance and Fidelity in Predicting Youth Outcomes During Therapeutic Residential Care*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(1), 37–45.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>

Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 419–431. doi:[10.1016/0145-2134\(95\)00008-v](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00008-v).

Fitzpatrick, M., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, 69–79.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>

Gillaspy, J. A., Wright, A. R., Campbell, C., Stokes, S., and Adinoff, B. (2002). Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychother. Res.* 12, 213–229

Gonzalez, A., Weersing, V., Warnick, E., Scahill, L., & Woolston, J. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(5), 356–367. doi:[10.1007/s10488-010-0323-y](https://doi.org/10.1007/s10488-010-0323-y).

Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323–340. doi:10.1002/eat.22672

Green, J. (2009). *The therapeutic alliance*. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 298–301

Greenson, R. R. (1965). *The working alliance and the transference neurosis*. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.

Greenson, R. R. (1967). *The working alliance and the transference neuroses*. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181

Greenson, R. R., & Wexler, M. (1969). *The non-transference relationship in the psychoanalytic situation*. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 27–39

Handwerk, M. L., Huefner, J. C., Ringle, J. L., Howard, B. K., Soper, S. H., Almquist, J. K., Chmelka, M. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25, 145–165.

Hatcher, R. L., & Barends, A. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326–1336

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 43, 292–299.

Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child and Youth Care Forum*, 37, 59–74.

Hawley, K., & Weisz, J. (2003). Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62–70

Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R.H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 207–217.

Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (p. 361–380). Humana Press - Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22

Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 121–129.

- Holmes, S. E., and Kivlighan, D. M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *J. Couns. Psychol.* 47, 478–484.
- Horvath, A. O., & Bedi, R., P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Relationships that work* (pp. 25–69). New York, NY: Oxford University Press
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O., and Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 38, 139–149
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horwitz, L. (1974). *Clinical Prediction in Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. and Woods, S. W. 2001. Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcomes in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 747–755.f
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., and Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin. Psychol. Rev.* 26, 50–65.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 726–730.
- Kazdin, A. E., & McWhinney, E. (2018). Therapeutic alliance, perceived treatment barriers, and therapeutic change in the treatment of children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 240–252. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0869-3>
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2007). Therapist effects in psychotherapy: A random effects modeling of the NIMH TDCRP data. *Psychotherapy Research*, 16, 161–172
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (2008) Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2): e45. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>

- Kivlighan, D. M., Jr., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362–371. doi:10.1037/0022-0167.47.3.362
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. C., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997–1006.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C.-C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65–71. <https://doi.org/10.1037/a0022064>
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J.-N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19, 699–706.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (p. 17–32). Oxford University Press.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157-212). New York: John Wiley
- Lambert, M. J., & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 66–75. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00100.x>
- Lambert, M. J. (Ed.). (2005) Enhancing psychotherapy outcome through feedback. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 141-217
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45–53. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327047>
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 82(2), 368-373. doi:10.1037/a0035994
- Lutz, W., Leon, S. C, Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

- Marziali, E., Munroe-Blum, H., and McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 47, 475–497.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 603–616.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2005). Outcome informed clinical work. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 84-102). New York: Oxford University Press.
- Miller, S. D., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 5-14. 10.1080/10503300701472131
- Miller, W. R., Wilboume, P. L, & Hettema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13-63). Boston: Allyn & Bacon.
- Menchola, M., Arkowitz, H. S., & Burke, B. L. (2007). Efficacy of self-administered treatments for depression and anxiety. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 421–429. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.4.421>
- Muran, C. J., & Barber, J. P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. The Guilford Press.
- Nienhuis JB, Owen J, Valentine JC, Winkeljohn Black S, Halford TC, Parazak SE, Budge S, Hilsenroth M. Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychother Res.* 2018 Jul;28(4):593-605. doi: 10.1080/10503307.2016.1204023. Epub 2016 Jul 7. PMID: 27389666.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists' contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.
- Patton, M. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Multon, K. D. (1997). The Missouri psychoanalytic counseling research project: Relation of changes in counseling process to client outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 189–208.

Pinsof, W. M., and Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: family, couple and individual therapy scales. *J. Marital Fam. Ther.* 12, 137–151

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Lamarche, C., Hilscher, T., & Joyce, A. S. (2005). Levels of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 527–550

Polaschek DL, Ross EC. Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners? *Crim Behav Ment Health*. 2010 Apr;20(2):100-11. doi: 10.1002/cbm.759. PMID: 20352647.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 22, 95–103

Sandler, J., Kennedy, H., & Tyson, R. L. (1980). The technique of child psychoanalysis: Discussions with Anna Freud. *Harvard University Press*.

Shirk, S. R., Caporino, N., & Karver, M. (2010). The alliance in adolescent therapy: Conceptual, operational, and predictive issues. In D. Castro-Blanco & M. Karver (Eds.), *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Shirk, S. R., and Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 452–464.

Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 48(1), 17–24. doi:[10.1037/a0022181](https://doi.org/10.1037/a0022181).

Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). *Levels and Patterns of the Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109–129. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.109

Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., et al. (2004). Patterns of alliance development and the rupture–repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92.

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. R., Brown, G. K., Barber, J. P., et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a non-randomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive–compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 337–345.

Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215–224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>

Summers, R. F. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27(3), 160–165. doi:10.1176/appi.ap.27.3.160

Tetzlaff, B. T., Kahn, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S., Funk, R. R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 199–207. doi:[10.1037/0893-164X.19.2.199](https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.2.199)

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). Modern applications in psychology. Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. *Aldine Publishing Co.*

Vymětal, J. a kol. (2004). Obecná psychoterapie. Praha: *Grada Publishing*.

Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Mahwah, NJ: *Erlbaum*.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (J.). (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>

Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S., & Loades, M. (2019). *The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/papt.12232

Whittaker, J. K., del Valle, J. F., Holmes, L. (2015). Conclusion: Shaping the future for therapeutic residential care. In Whittaker, J. K., del Valle

Yalom, I. D. (1995). The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books. Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369–375.

Zilcha-Mano, S., Shamay-Tsoory, S., Dolev-Amit, T., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2020). Oxytocin as a biomarker of the formation of therapeutic alliance in psychotherapy and counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 67(4), 523–535. <https://doi.org/10.1037/cou0000386>

Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 130–140. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.130>

11. Seznam příloh

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr.Zbyněk Sklenář, Ph.D, MBA	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
JUDr.Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab.Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc.MUDr.Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ing.Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof.MUDr.Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof.MUDr.František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof.MUDr.Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr.Libuše Roytová Mgr.ThLic.of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Kateřina Rusinová, MgA.,Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr.Šárka Speciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof.MUDr.Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

☒ Ano/Yes

☐ Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 20.8.2020

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 00 Praha

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

PharmDr.Zbyněk Sklenář, Ph.D.

Stručné informace o prováděném výzkumu pro zákonné zástupce

Vážení rodiče,

Děkuji za Váš čas při čtení těchto informací. Výzkum, o který se jedná, bude prováděn v rámci diplomové práce „Terapeutický vztah v léčbě adolescentů s psychickými obtížemi v rámci denního stacionáře“, která si klade za cíl prezentovat současné poznatky o vztahu terapeuta a klienta a o tom, jakou roli tento vztah hraje v léčebném a terapeutickém procesu, a to zejména u adolescentní klientely. Samotný výzkum se zaměřuje na zmapování toho, jak klienti denního stacionáře vnímají osobu terapeuta, vzájemný vztah a jak tento vztah ovlivňuje proces jejich léčby v programu Denního Stacionáře pro Adolescenty při Psychiatrické klinice VFN v Praze

Výzkumná část diplomové práce je zejména kvalitativního charakteru. Proto budou k získání dat použity anonymizované rozhovory s jednotlivými pacienty, doplněné o standardizovaný dotazník FIRO-B (Dotazník interpersonální orientace). Účast na výzkumu je zcela dobrovolná.

Průběh výzkumu

Účastníci výzkumu obdrží nejprve k vyplnění dotazník FIRO-B, v kterém budou jako jediný osobní údaj uvádět věk a pohlaví. V další části výzkumu již půjde o samotné anonymizované rozhovory s jednotlivými účastníky, které povede hlavní řešitel Bc. Dominik Břeň, který na Denním stacionáři pro adolescenty působí na dlouhodobé stáži. Rozhovory budou nahrávány na diktafon - o jejich přepis se postará opět hlavní řešitel. Data z rozhovorů budou kódována a zpracována anonymní formou v diplomové práci hlavním řešitelem. Kódy budou použity pouze pro účely propojení testu a nahrávky rozhovoru. Určité části a výroky z rozhovorů, které ponesou relevantní poznatky, budou použity v příloze diplomové práce. Kompletní přepisy rozhovorů v příloze diplomové práce nebudou, přístup k nim bude možný pouze na vyžádání akademickými odborníky. Samotné nahrávky budou zničeny hned po pořízení přepisů, přepisy pak budou zničeny po dvou letech od doby jejich pořízení.

Pokud by Vás zajímaly další informace, neváhejte mě kontaktovat na e-mailové adrese: **bedominik@gmail.com** Děkuji za Váš čas a důvěru při souhlasu s prováděným výzkumem,

Dominik Břeň

Jméno a podpis zákonného zástupce vyjadřující souhlas s prováděným výzkumem:

Stručné informace o prováděném výzkumu pro účastníky výzkumu

Vážený pane/Vážená slečno,

Děkuji za Váš čas při čtení těchto informací. Výzkum, o který se jedná, bude prováděn v rámci diplomové práce „Terapeutický vztah v léčbě adolescentů s psychickými obtížemi v rámci denního stacionáře“, která si klade za cíl prezentovat současné poznatky o vztahu terapeuta a klienta a o tom, jakou roli tento vztah hraje v léčebném a terapeutickém procesu, a to zejména u adolescentní klientely. Samotný výzkum se zaměřuje na zmapování toho, jak klienti denního stacionáře vnímají osobu terapeuta, vzájemný vztah a jak tento vztah ovlivňuje proces jejich léčby v programu Denního Stacionáře pro Adolescenty při Psychiatrické klinice VFN v Praze

Výzkumná část diplomové práce je zejména kvalitativního charakteru. Proto budou k získání dat použity anonymizované rozhovory s jednotlivými pacienty, doplněné o standardizovaný dotazník FIRO-B (Dotazník interpersonální orientace). Účast na výzkumu je zcela dobrovolná.

Průběh výzkumu

Účastníci výzkumu obdrží nejprve k vyplnění dotazník FIRO-B, v kterém budou jako jediný osobní údaj uvádět věk a pohlaví. V další části výzkumu již půjde o samotné anonymizované rozhovory s jednotlivými účastníky, které povede hlavní řešitel Bc. Dominik Břeň, který na Denním stacionáři pro adolescenty působí na dlouhodobé stáži. Rozhovory budou nahrávány na diktafon - o jejich přepis se postará opět hlavní řešitel. Data z rozhovorů budou kódována a zpracována anonymní formou v diplomové práci hlavním řešitelem. Kódy budou použity pouze pro účely propojení testu a nahrávky rozhovoru. Určité části a výroky z rozhovorů, které ponesou relevantní poznatky, budou použity v příloze diplomové práce. Kompletní přepisy rozhovorů v příloze diplomové práce nebudou, přístup k nim bude možný pouze na vyžádání akademickými odborníky. Samotné nahrávky budou zničeny hned po pořízení přepisů, přepisy pak budou zničeny po dvou letech od doby jejich pořízení.

Pokud by Vás zajímaly další informace, neváhejte mě kontaktovat na e-mailové adrese: bedominik@gmail.com Děkuji za Váš čas a důvěru při souhlasu s prováděným výzkumem,

Dominik Břeň

Jméno a podpis účastníka studie vyjadřující souhlas s prováděným výzkumem: